



دانشگاه علوم پزشکی

و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین

دانشکده پزشکی شهید بابایی

پایان نامه

موضوع:

بررسی شیوع خشونت بر علیه پرستاران و عوامل موثر بر آن در پرستاران بیمارستانهای آموزشی
قزوین

**A survey of prevalence of violence against nurses in hospital of
Qazvin university of Medical Sciences**

نام و نام خانوادگی دانشجو: محمد رضا نوری زاده

نام و نام خانوادگی استاد راهنما: دکتر زهره یزدی

نام و نام خانوادگی استاد مشاور: دکتر آمنه باریکانی

شماره پایان نامه: ۱۱۵۵

تاریخ: ۹۴-۹۳

زمینه:

خشونت اعم از فیزیکی و کلامی علیه پرستاران مساله ای بسیار جدی است که می تواند کیفیت مراقبت پرستاری را دچار مخاطره سازد. تاکنون اندازه و وسعت خشونت علیه پرستاران و عوامل آن به طور دقیق در ایران شناخته نشده است. لذا هدف از این مطالعه بررسی انواع خشونت علیه پرسنل پرستاری در بیمارستان های آموزشی شهر قزوین در سال ۱۳۹۳ بوده است.

مواد و روش ها:

در یک مطالعه توصیفی-تحلیلی با استفاده از پرسش نامه بررسی خشونت محل کار در بخش سلامت، تجارب یک نمونه تصادفی شامل ۳۰۰ پرستار شاغل در بیمارستان های آموزشی شهرقزوین از خشونت های کلامی، فیزیکی، جنسی و نژادی تجربه شده در طول سال ۱۳۹۳ مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها:

یافته ها: از ۳۰۰ نفر کادر پرستاری مورد بررسی ۲۷۳ نفر (۹۱٪) در طی یکسال گذشته انواع مختلف خشونت را گزارش نمودند که به ترتیب خشونتهای کلامی (۹۱٪)، نژادی (۳۲٪)، فیزیکی (۳۰٪) و جنسی (۶٪) بود. پرستاران عمده ترین واکنش به اعمال خشونت علیه خود را انجام ندادن هیچ کاری (۶۲٪) و دعوت مهاجم به آرامش (۱۸٪) گزارش نمودند.

نتیجه گیری: نتایج تاییدکننده شیوع بالای خشونت محل کار علیه پرستاران است. به نظر می رسد ترکیبی از آموزش پرستاران در برخورد با خشونت، آموزش بیماران از شرح وظایف پرستاران و پی گیری جدی تر موارد اعمال خشونت علیه پرستاران بتواند سبب کاهش موارد خشونت گردد.

واژه های کلیدی: خشونت، پرستار، بیمارستان

فهرست:

۱.....	مقدمه:
۳.....	کلیات:
۳.....	طب کار:
۵.....	ابعاد مراقبت.....
۶.....	وظایف پرستاران(در ایران):.....
۱۱.....	خشونت:
۱۱.....	تعریف مفهومی خشونت:
۱۲.....	روانشناسی و جامعه شناسی:.....
۱۳.....	سلامت و پیشگیری:.....
۱۳.....	قانون:.....
۱۴.....	تحلیل خشونت.....
۱۶.....	انواع حوادث خشونت آمیز محیط کار:.....
۲۵.....	فصل ۳.....
۲۵.....	روش تحقیق.....
۲۶.....	۳-۱-اهداف و فرضیات تحقیق:.....
۲۶.....	۳-۱-۱-هدف اصلی:.....
۲۶.....	۳-۱-۲-اهداف فرعی.....
۲۷.....	۳-۱-۳-اهداف کاربردی :.....
۲۷.....	۳-۱-۴-فرضیه ها یا سؤال های پژوهش:.....
۲۸.....	مواد و روشها:.....
۲۸.....	۳-۲-نوع مطالعه:.....
۲۸.....	۳-۳-جامعه مورد بررسی :.....
۲۸.....	۳-۴-تعداد نمونه و روش نمونه گیری:.....
۲۹.....	۳-۴-روش جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها:.....
۲۹.....	۳-۵-روش اجرای تحقیق:.....
۲۹.....	۳-۶-روش جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها:.....

۳-۷-ملاحظات اخلاقی :	۳۱
فصل ۴	۳۲
یافته ها	۳۲
فصل ۵	۵۰
بحث و نتیجه گیری	۵۰
نتیجه گیری:	۵۵
پیشنهادهات:	۵۶
فهرست منابع:	۵۸

مقدمه:

در محیط کار ما، خشم و عصبانیت افزایش یافته و این امر بر روابط افراد در پایین ترین سطح تاثیر گذارده و در بالاترین سطح نیز باعث بروز رفتارهای خشونت آمیز گردیده است.

سازمان ها غیرمستقیم به شرایطی کمک می کنند که نیازمند کار بیشتر در زمان کمتر هستند و باعث جدایی افراد از محیط کارشان می شوند.

مدیران باید در قبال سطح استرس کارمندان حساس باشند، علایم خشم، عصبانیت، استرس و اضطراب را قبل از تبدیل شدن به مشکل اساسی، شناسایی کنند.

سازمانها باید شیوه ها و فرآیندهایی که باعث مدیریت تحکم آمیز در تمامی سطوح می شوند را شناسایی کنند . مانند کاهش تهدیدهای خشونت بار در تمامی سطوح مدیریت .

تضاد و اختلاف، موضوع تازه ای در محیط های کار نیست، در واقع همین اختلاف نظرها، باعث انتخاب بهترین عقاید در مجموعه ای از عقاید گوناگون می شوند، اما به نظر می رسد در محیط های کاری امروز، شاهد اختلاف نظرهای فزاینده و گسترده ای هستیم .

در سالهای اخیر محرز شده است که امنیت شغلی از موضوعات مهم و تاثیر گذار ایمنی و بهداشت شغلی می باشد. کارگران باید احساس کنند که می توانند بدون تهدید ناشی از عوامل شغلی که ممکن است به هر طریقی در طول نوبت کاری آنها رخ دهد به محل کار مراجعه نموده و کار خود را به انجام رسانند. بنابر این با افزایش و گسترش خشونتها و تهدیدهای محیط کار بعنوان یکی از مسائل محیط شغلی عواقب سوء خود را نمایان ساخته است. تحقیقات انجام گرفته در رابطه با افزایش شیوع فوت و جراحات در بین شاغلین ارائه دهنده خدمات بهداشتی منجر به بیان این تئوری شده که تبادل اجتماعی بیشتر ممکن است به صورت یک مخاطره مهم مطرح شود. این مخاطره مخصوصا در مواقعی افزایش می یابد که افراد ذهنشان مشوش و پریشان بوده، یا برای فرد شاغل حفاظت لازم تامین نشده باشد.

بنابر این کارفرما بایستی امنیت محیط کارش را مد نظر قرار دهد بگونه ای که شاغلین احساس نمایند قادرند کارشان را بدون تهدید عوامل داخلی یا خارجی به انجام رسانند.

در هر کجا که تعداد زیادی از مشتریان، ارباب رجوع و یا ملاقات کنندگان حضور دارند بایستی به منظور رعایت اصول رفتار انسانی و پیشگیری از خشونتهای فردی، محافظان امنیتی تعلیم دیده منظور شود و در هر کجا که مشتریان یا ارباب رجوع ممکن است در معرض استرس روانی قرار گیرند و یا در معرض اقدامات خشن باشند مثل بیمارستانها و مکانهایی که بیماران دارای وضعیت حاد و خطرناک نگهداری می شوند و یا در مناطقی که سوء مصرف داروها و یا دیگر فعالیتهای جنایی یک امر رایج است بایستی محافظان امنیتی به تعداد مورد نیاز تدبیر شده و مشغول فعالیت شوند (2).

کلیات:

طب کار:

خشونت محل کار در نظام بهداشتی و درمانی به یک موضوع مهم در سیاست گذاری در سال های اخیر تبدیل شده (۲) و به عنوان یکی از مهمترین و پیچیده ترین مسائل نظام بهداشت و درمان مطرح می باشد (۳). کارکنان نظام بهداشت و درمان ۱۶ برابر، بیشتر از سایر کارکنان خشونت محل کار را تجربه می کنند (۴). طبق نظر شورای بین المللی پرستاران، احتمال اینکه کارکنان بهداشت و درمان و بخصوص پرستاران در معرض خشونت قرار گیرند، حتی نسبت به نگهبانان زندان و یا افسران پلیس، بالاتر است (۲ و ۴) خشونت محل کار به عنوان یکی از مخاطرات جدی شغلی در امریکا سالانه منجر به ۹۰۰ مرگ و ۱/۷ میلیون آسیب جدی غیر کشنده می گردد. در امریکا در سال ۲۰۰۷ حدود ۱۵ درصد از تسهیلات مربوط به کار به اقدامات خشونت آمیز و تهدیدها اختصاص یافته بود (۵). یافته های مطالعات مختلف نشان می دهند که خشونت محل کار نسبت به پرستاران رو به افزایش است (۶).

هنگامیکه شرایط توأم با خشونت محیط کار مورد واکاوی قرار می گیرد، حوادث را می توان به سه گروه مهم تقسیم نمود. در هر سه نوع حوادث خشونت آمیز محیط کار، حضور یک فرد و یا یک عامل مخاطره آمیز منجر به ایجاد خشونت شده و یا بستر ایجاد خشونت را فراهم می نماید. در خشونت نوع اول: عامل خشونت آمیز هیچ حق قانونی و مشروعی در محل کار ندارد و به منظور سرقت یا اعمال جنایی دیگر وارد محیط کار می شود.

در خشونت نوع دوم: عامل خشونت طلب خود خدمت گیرنده و یا ارائه کننده خدمت می باشد بعنوان مثال مهاجم یک ارباب رجوع عادی و یا رسمی، بیمار، مشتری یا یک فرد بازداشت شده و یا یک زندانی می باشد.

در خشونت نوع سوم: عامل خشونت طلب با یک یا چند نفر از کارکنان محل کار درگیری و مشکل دارد.

در هر یک از این سه نوع خشونت ماهیت ایجاد مشاجره، نقشه و انگیزه عامل خشونت و یا تهاجم و اقدامات پیشگیری با

یکدیگر متفاوت است (Error! Bookmark not defined.).

نتایج مطالعه Celebioglu و همکاران، خشونت علیه پرستاران را در محدوده ۳۷ درصد تا ۷۲ درصد گزارش نمود (۷). یافته های یک مرور نظام مند در زمینه خشونت محل کار نشان داد که با وجود اختلافات فرهنگی کشورها، پاسخ پرستاران به خشونت شامل عصبانیت، ترس یا اضطراب، علائم سندرم تنش پس از سانحه، سرزنش خود، احساس گناه و شرم می باشد. این اثرات روانی می توانند برای ماه ها و یا سال ها پایدار باقی مانده و سلامت روان، زندگی اجتماعی و تصویر ذهنی پرستاران نسبت به حرفه شان را تغییر دهند. بعلاوه، خشونت می تواند عامل بازدارنده مراقبت پرستاری از بیماران بوده و ترک شغل را به دنبال داشته باشد (۸). یافته های مطالعات داخلی نیز نشان دهنده ی شیوع انواع خشونت محل کار به ویژه خشونت کلامی علیه پرستاران می باشد (۹). نتایج طرح پژوهش کشوری که در سال ۱۳۹۱ و با هدف بررسی وضعیت خشونت علیه پرستاران شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی سراسر کشور انجام شد، نشان داد که بر خلاف شیوع انواع خشونت محل کار، ۸۵٪ پرستاران هیچگونه آموزشی در رابطه با مواجهه با خشونت محل کار دریافت نکرده اند (۱۰). یکی از عناصر اصلی که می تواند به پیش بینی خشونت محل کار کمک نماید مرور متون می باشد، چرا که مرور نظام مند پژوهش های اولیه، گذر از پژوهش به عملکرد بالینی را تسهیل می نماید. یافته های مطالعه Rew & Taylor که با هدف مرور نظام مند در زمینه خشونت محل کار در بخش اورژانس صورت گرفت، نشان داد که اغلب مطالعات بر روی میزان بروز خشونت و اثرات آن بر روی کارکنان تمرکز کرده بودند. مفاهیم "گزارش کمتر از حد واقعی"، "موانع و نگرش در مورد گزارش دهی"، "ویژگی های خشونت" و مفهوم "ایمنی یا فقدان ترس"، مفاهیم اصلی پژوهش های مورد بررسی را تشکیل می دادند (۲). هر چند مطالعات متعددی در داخل کشور بمنظور بررسی خشونت محل کار علیه پرستاران صورت گرفته است، اما اجماع و توافق نظر در این خصوص وجود ندارد.

پرستار:

Watson (۲۰۰۳) عنوان می کند که مراقبت یک علم است که بشر را در بر گرفته است. در واقع این علم بیانگر تجارب، پدیده و فرآیند مراقبت می باشد. علم مراقبت در بر گیرنده هنر و انسانیت می باشد (۱۱) مراقبت یک هنر در حال رشد و تکامل در پرستاری است (۱۲). سوانسون، یک محقق پرستاری است که یک تئوری مراقبت خلق کرد. وی مراقبت را اینگونه تعریف کرد، مراقبت یک روش پرورش است که باعث ارزش گذاری احساس تعهد و مسئولیت پذیری

در فرد میگردد(11). مراقبت پرستاری همواره در تلاش است به دیدگاه های بیمار دست یابد. توانایی پرستاران در مراقبت این است که نیازها و محدودیت های بیماران در زندگی را کشف نمایند. توافق میان انتظارات بیمار و تفسیر پرستار از این انتظارات، نکته مرکزی در ارائه مراقبت مناسب و همگام است (۱۳). در تجزیه و تحلیل مفهومی که توسط Brilowski and Wender (۲۰۰۵) انجام شد مراقبت به عنوان یک ارتباط، عمل، نگرش و پذیرش متنوع تعریف شد. همچنین اعتماد، پذیرش خود و دیگران و تعهد از دیگر مفاهیم مراقبت هستند (۱۴).

در یک مطالعه، درباره تجارب بیماران درباره بیماری مزمن Michael دریافت که بیشتر یادگیری ها و دانش بیماران درباره بیماری حاصل تلاش های روزانه و تجربیات اشتباه بیمار است. پرستاران و بیماران مانند سایر انسان ها دارای دیدگاه منحصر به فردی هستند که در خلال آن موقعیت های واقعی زندگی متمرکز بر پدیده های سلامت مانند مراقبت را دریافت، درک و تفسیر می کنند (۱۵). کیفیت مراقبت پرستاری، پاسخ پرستاری به نیازهای روحی، اجتماعی، احساسی، روانی و اجتماعی بیماران در جهت بهبود، حفظ سلامت، داشتن زندگی طبیعی و رضایت بیماران و پرستاران می باشد. چند مضمون مشخص شده در زمینه کیفیت مراقبت پرستاری از طرف شرکت کنندگان در مطالعه تفرشی و بازارگادی در سال ۲۰۰۷ شامل استانداردهای مراقبت، رضایت بیمار و مشارکت در مراقبت بود(۱۶).

ابعاد مراقبت

مراقبت دارای ابعاد زیستی - فیزیکی، روانی، فرهنگی، اجتماعی و محیطی می باشد که در جهت تامین مراقبت جامع نگر از بیمار، بایستی مورد مطالعه و بررسی قرار گیرند (11). عناصر مراقبت شامل حمایت احساسی، تامین آرامش و راحتی و برقراری ارتباط مناسب می باشد(۱۷).

Widmark-Petersson و همکاران مراقبت را به دو عنصر اصلی تفکیک کردند : ۱- بیان کننده : (Expressive) بر بعد تاثیرگذاری مراقبت تاکید دارد و مراقبت روحی - روانی را برای بیمار تعریف می کند و ۲- ابزاری (Instrumental) : بر راحتی تمرکز دارد. مراقبت را درمان و مراقبت فیزیکی برای بیمار تعریف می کند)

فعالیت های سیستم مراقبت بر پذیرش، مراقبت و ترخیص مناسب بیمار درون سیستم مراقبت تاکید دارد و شامل بیماریابی (غربالگری و یافتن موارد)، بررسی همه جانبه بیمار و پذیرش وی به سیستم مراقبت، سازمان دهی و تلفیق اطلاعات بیمار، کنترل فرایند و نتایج، گسترش برنامه مراقبت، ارجاع بیماران به سیستم های مراقبتی دیگر، کنترل کیفیت مراقبت، اطمینان از اینکه بیماران متوجه نقش خود در مراقبت شدند و تدوین برنامه های درمان و مراقبت می باشد (۱۸).

در پرستاری، تئوری ها و مدل های مراقبت از زمان فلورانس نایتینگل گشایش یافتند. تئوری، فلسفه، اخلاق و قوم نگاری مراقبت پرستاری در محیط های گوناگون مورد مطالعه قرار گرفت. دیدگاه های رایج در مورد مراقبت عنوان می کنند که مراقبت جوهره و مفهوم مرکزی و واحدی است که پرستاری را از سایر حرفه های سلامت متمایز می کند (17). توانایی پرستاران در مراقبت این است که نیازها و محدودیت های بیماران در زندگی را کشف نمایند. توافق میان انتظارات بیمار و تفسیر پرستار از این انتظارات، نکته مرکزی در ارائه مراقبت مناسب و همگام می شود (13).

بررسی عمیق موضوع مبین آن است که اصولاً پرستاری و مراقبت با هم آمیخته اند و در بیشتر مواقع به جای یکدیگر به کار می روند و از نظر تاریخی نیز ریشه های مشترکی دارند. عموم مردم نیز بین این دو تفاوت خاصی قائل نیستند و حتی بسیاری از نظریه پردازی های پرستاری نیز همین عقیده را دارند، چنانچه Leininger (۱۹۸۴) در هنگام تبیین تئوری منحصر به فرد پرستاری خود، با این پیش فرض آغاز می کند که "مراقبت پرستاری است و پرستاری هم مراقبت" (۱۹).

وظایف پرستاران (در ایران):

پرستاری حرفه ای است تخصصی با نقش های چندگانه که دارای وظایف عمومی و اختصاصی می باشد.

(وظایف عمومی در کلیه سطوح خدماتی و وظایف اختصاصی در سطوح تخصصی ارائه می شود).

شرح وظایف عمومی، هدف کلی ارائه خدمات پرستاری و شرح شغل پرستاری ذیلاً ارائه می شود:

الف -هدف کلی:

ارائه خدمات پرستاری به مددجویان / بیماران به مفهوم افراد نیازمند مراقبت در طیف سلامت – به جهت تامین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت و رفاه اجتماعی مددجویان

ب -شرح شغل:

پرستار با دید جامع و جامعه نگر، به منظور تامین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت و رفاه اجتماعی مددجویان، در کلیه سطوح ارائه خدمات بهداشتی درمانی و توانبخشی که:

سطح اول آن فرد، خانواده، مدرسه، کارخانه و...

سطح دوم مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان ها، کلینیک های عمومی و تخصصی اعم از دولتی و خصوصی و مراکز فوق تخصصی و سطح سوم مراکز توانبخشی و نگهداری است انجام وظیفه می نماید.

وظایف یاد شده در کلیه سطوح خدماتی، شامل: پیشگیری، غربالگری، درمانی، توانبخشی و نگهداری است که پرستار در انجام وظایف با بکارگیری فرآیند پرستاری (بررسی و شناخت، تشخیص پرستاری، تدوین اهداف، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی) خدمات خود را با توجه به ضرورت ایفای نقش های حمایتی، حفاظتی، آموزشی، مراقبتی، هماهنگی، رهبری، مشاور های و پژوهشی ارائه می نماید.

فعالیت ها / مداخلات پرستار بر سه نوع است:

۱- فعالیت ها / مداخلات مستقل: فعالیت هایی است که براساس بررسی و شناخت و تشخیص پرستاری انجام می شود.

(تغییر وضعیت در بیماران بی حرکت، ارتقاء سطح آگاهی مددجو و خانواده در مراقبت بهداشتی، استفاده از روش های آرام سازی در کاهش اضطراب و ...)

۲- فعالیت ها / مداخلات غیر مستقل: فعالیت هایی است که در حیطه های بهداشتی درمانی و توانبخشی بنا به تجویز و توصیه پزشک و سایر اعضای تیم بهداشتی انجام می شود.

۳- فعالیت ها / مداخلات بینابینی : فعالیت هایی است که پرستار با همراهی و مشارکت سایر اعضای تیم مراقبت بهداشتی، با توجه به عکس العمل های بیمار نسبت به درمان های تجویز شده انجام می دهد (کمک به مددجو در کاهش عوارض شیمی درمانی، داروهای قلبی و...)

شرح وظایف عمومی کارشناس پرستاری

شرح وظایف عمومی پرستار با تکیه بر رعایت منشور حقوق مددجو مبتنی بر فرآیند پرستاری و استانداردهای مراقبتی به شرح زیر می باشد:

۱- جلب اعتماد و اطمینان مددجو (فرد، خانواده و جامعه و برقراری ارتباط حرفه ای موثر) ، آشنا سازی با محیط، معرفی خود و همکاران به مددجو، پاسخ صحیح به سوالات، درخواست ها و مشکلات با دادن اختیار به وی با بکارگیری مهارت های کلامی و غیر کلامی و در نظر گرفتن تفاوت های فردی مددجویان ، تلاش در ایجاد محیطی امن و حفظ استقلال و کیفیت زندگی و سلامت مددجو.

۲- بررسی، شناخت و کسب اطلاعات از وضعیت سلامت مددجو و ثبت در پرونده

۳- تعیین، ثبت مشکلات، نیازهای بهداشتی مددجو و تشخیص پرستاری مبتنی بر دانش، مهارت و پژوهش

۴- برنامه ریزی اقدامات مراقبتی براساس اهداف و اولویت ها و ثبت آن در پرونده

۵- مشارکت و همکاری با پزشک در انجام معاینات و نظارت بر فعالیت های تیم پیراپزشکی

۶- انجام اقدامات مراقبتی براساس استانداردهای خدمات پرستاری و ثبت و پیگیری آن، با توجه به:

الف :نیازهای جسمی:

-تامین بهداشت فردی (پوست، مو، دهان و ...)

-خواب، استراحت و آسایش

گاواژ و انجام (NGT)

تغذیه : تعیین نیازهای تغذیه ای و رژیم غذایی بیمار، سوندگذاری معده

مراقبت های لازم

-تامین نیازهای دفعی بیمار، کنترل و ارزیابی عملکرد سیستم ادراری و گوارشی، سوند گذاری مثانه، شست و شوی مثانه، مراقبت از سوند و درن ها، لاواژ، مراقبت از کله‌سومی و انواع تنقیه

-تنفس (تمرینات تنفسی، اکسیژن رسانی، ساکشن، مراقبت از لوله تراشه و تراکتوستومی)

-گردش خون (کنترل علائم حیاتی)

-نظارت بر ایجاد حداکثر تحرک در بیمار (حرکت در تخت، خروج از تخت، انتقال به صندلی، تغییر وضعیت، انجام حرکات فعال و غیر فعال، بکارگیری از وسایل کمک حرکتی)

تعداد آب الکترولیت ها (کنترل جذب و دفع، بررسی و حفظ تعادل الکترولیتی، توزین روزانه)

-مراقبت از سیستم پوستی (مراقبت از پوست و مخاط، مراقبت از انواع زخمها، کشیدن بخیه ها)

-مراقبت از سیستم عصبی (کنترل سطح هوشیاری بیمار و کنترل تحریکات محیطی مناسب)

-حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی و خودکفایی در فعالیت های روزمره زندگی با مشارکت تیم توانبخشی،

اعتدالی مفهوم خود در بیمار، تطابق روانی، اجتماعی مددجو (تشویق بیمار به شرکت فعال تر در تصمیم گیری های درمانی خود و ...) ایجاد محیط مناسب جهت تامین نیازهای معنوی و مذهبی مددجو – دفاع از حقوق مددجو براساس منشور حقوق بیمار

ب :انجام مراقبت های تشخیصی، درمانی تجویز شده در موارد زیر:

دادن داروهای خوراکی ، واژینال، رکتال، تزریقی (جلدی، زیر جلدی، وریدی، عضلانی و واکسیناسیون)

مایعات وریدی، تزریق خون و فرآورده های آن ، کنترل اثر درمان و پیش گیری از عوارض جانبی آنها، تغذیه،

گچگیری، (NGT) گذاشتن سوند فولی، گذاشتن سوند معده EEG – انجام ECG کامل وریدی – انجام IV)

(Line آتل گیری، کشش پوستی، بخیه لایه اول پوست، برقراری خط وریدی)

ج :انجام اقدامات اولیه احیاء قلبی ریوی تا حضور تیم احیاء

ه - ارائه اقدامات پرستاری در انتقال بیمار از بخش به بخش دیگر و ارائه گزارشات مربوطه

۷- ارزشیابی نتایج خدمات ارائه شده به مددجو و در صورت لزوم بررسی و برنامه ریزی مجدد به منظور ارائه مراقبت های لازم.

۸- ارائه اقدامات پرستاری جهت کنترل درد.

۹- شرکت در تیم بحران و اجرای وظایف محوله از پیش تعیین شده در موقعیتهای و حوادث غیر مترقبه.

۱۰- اقدامات مناسب در جهت تامین ایمنی بیمار یا مددجو و پیشگیری از حوادث احتمالی.

۱۱- سرپرستی و نظارت مستمر بر حسن اجرای اقدامات مراقبتی توسط سایر اعضای گروه پرستاری.

۱۲- بررسی نیازهای آموزشی، تعیین سطح انگیزش، توسعه برنامه های آموزشی، اجرای آموزش و ارزیابی یادگیری در مددجو، خانواده و جامعه به منظور تامین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت.

۱۳- ارائه اقدامات پرستاری قبل و بعد از عمل.

۱۴- راهنمایی و مشاوره با مددجو، در صورت لزوم ارجاع به سایر منابع تخصصی، حمایتی و اجتماعی.

۱۵- آماده سازی مددجو جهت ترخیص.

۱۶- پی گیری و ارائه خدمات پرستاری و اقدامات مراقبتی در منزل پس از ترخیص با هماهنگی مرکز درمانی.

۱۷- انجام اقدامات ضروری به منظور پیشگیری از عفونت ها (آموزش و پژوهش).

۱۸- همکاری با گروه بهداشتی جهت رفع مشکلات محیطی، حفاظتی و خدماتی با استفاده از همفکری و همکاری و مشارکت جامعه (فرد، خانواده، گروه، مدرسه، کارخانه و...) و پیگیری آن ها.

۱۹- شرکت در دوره های آموزشی و همکاری در برنامه ریزی آموزشی - پژوهشی (آموزش ضمن خدمت، باز آموزی ها، آموزش دانشجویان پرستاری و سایر اعضای گروه بهداشتی درمانی، همکاری در انجام پژوهش های مورد نیاز در جهت اعتلای کیفیت خدمات پرستاری...).

۲۰- مشارکت در ارائه خط مشی های مراقبتی و بهداشتی و توانبخشی در جهت بهبود مداوم کیفیت خدمات.

۲۱- مراقبت از بیمار در حال احتضار و خانواده بیمار و نظارت بر امر مراقبت از جسد مطابق موازین شرعی.

۲۲- تحویل بخش از پرسنل شیفت قبل به پرسنل شیفت بعد بر بالین بیماران و گزارش اقدامات انجام شده.

۲۳- شرکت و همراهی با پزشکان در ویزیت بیماران، گزارش و اقدامات انجام شده، مشاهدات و پاسخ های بیمار جهت تعیین خط مشی درمانی مناسب از سوی تیم پزشکی.

۲۴- ثبت کلیه اقدامات انجام شده (۲۰).

خشونت:

تعاریف: خشونت حالتی از رفتار است که با استفاده از زور فیزیکی و یا غیر فیزیکی فرد خشن خواسته خود را به دیگران تحمیل می کند. خشونت ممکن است در اثر خشم اتفاق افتد. خشونت از نظر لغوی به معنای خشکی، تندی و سختی است (۲۱).

هرگونه رفتاری که با هدف وارد نمودن آسیب به یک یا بیش از یک پدیده صورت گیرد رفتار خشونت آمیز نام می گیرد. رفتار خشونت آمیز می تواند در سطح آگاهانه یا ناآگاهانه صورت گیرد.

خشونت استفاده از زور فیزیکی به منظور قراردادن دیگران در وضعیتی بر خلاف خواست ایشان، است (Error!).

Bookmark not defined.,Error! Bookmark not defined.,2)

تعریف مفهومی خشونت:

اولین تعریف مربوط به گلز و استراوس است که سالهای زیادی در زمینه خشونت به بررسی پرداخته اند (۲۲). از دید این دو محقق، خشونت رفتاری است با قصد و نیت آشکار (یا رفتاری با قصد و نیت پنهان اما قابل درک) برای وارد کردن آسیب فیزیکی به فرد دیگر. یلو در سال ۱۹۸۳ خشونت را چنین تعریف کرده است (خشونت رفتاری آگاهانه در نظر گرفته میشود که نتایج احتمالی آن ایجاد آسیب فیزیکی یا درد در فرد دیگر است) (۲۳).

کوک خشونت را قصد استفاده از قدرت فیزیکی به منظور ایجاد آزار، تخریب و مرگ می داند.

وی خشونت را به دو معنی دیگر نیز به کار می برد: الف) استفاده از قدرت یا اجبار (قانونی یا غیره) برای ایجاد آسیب از طریق دستور دادن به اطاعت از مجموعه ای ارزش های اخلاقی یا اجتماعی لازم.

ب) عملی که عامل خشونت، خشونت را تکذیب کند.

ج (هردو (۲۴).

تعریف دیگر خشونت چنین است: "خشونت را می توان عملی آسیب رسان دانست که فرد برای پیشبرد مقاصد خویش انجام می دهد و صرفاً جنبه فیزیکی (بدنی) ندارد، بلکه ممکن است ابعاد روانی (فحاشی، تحقیر، منزوی کردن فرد، داد و فریاد)، جنسی (آزار و مزاحمت جنسی، تجاوز) و اقتصادی (شکستن وسایل خانه و ...) هم به خود بگیرد" (38).

روانشناسی و جامعه شناسی:

علل رفتار خشونت آمیز در نوع بشر غالباً موضوع پژوهش علم روانشناسی و جامعه شناسی است. ژان ولوکا زیست شناس سیستم اعصاب بدین منظور تاکید می کند که «رفتار خشونت آمیز به عنوان رفتار تهاجمی فیزیکی عمدی در مقابل فرد دیگر تعریف شده است» (۲۵).

دانشمندان براین موضوع که خشونت در نوع بشر ذاتی ست، اتفاق نظر دارند. از بشر پیش از تاریخ، مشاهدات باستان شناسی مبنی بر درگیری خشونت و صلح جوئی به عنوان ویژگی های ابتدایی آنان وجود دارد (۲۶).

از آنجایی که خشونت ماهیت ادراک و همچنین یک پدیده قابل اندازه گیری است، روانشناسان تغییرپذیری را، در آنچه مردم از کنش های فیزیکی عمدی به عنوان خشونت دریافت می کنند، تشخیص دادند. برای مثال، در ایالتی که توقیف مجازاتی قانونی ست ما توقیف کننده را به عنوان خشونت دریافت نمی کنیم، گرچه ممکن است ما با شیوه استعاره ای از واکنش خشونت آمیز ایالت صحبت کنیم. بعلاوه فهم خشونت به رابطه^۱ قابل دریافت قربانی و پرخاشگر نیز وابسته است. بنابراین روانشناسان نشان می دهند که مردم ممکن نیست استفاده تدافعی از نیروها را بشناسند مگر در جاییکه مقدار نیروهای مورد استفاده قرار گرفته به طور شاخص بیشتر از تعرض اصلی باشد (۲۷).

جیمز گلیگان می نویسد که خشونت اغلب به عنوان پادزهری برای شرم و تحقیر به کار می رود (۲۸). استفاده از خشونت منبع غرور و دفاع از افتخار است، مخصوصاً بین مردانی که خشونت را نشانه مردانگی می دانند. (۲۹)

سلامت و پیشگیری:

مرکز کنترل بیماری و پیشگیری (CDC) خشونت را اینگونه تعریف می‌کند «صدمه‌ای که به طور عمدی وارد شده باشد» که شامل ضرب و جرح، همچنین «دخالت‌های قانونی و آسیب به خود» می‌شود (۳۰). مرکز بهداشت جهانی (WHO) در اولین «گزارش جهانی در مورد خشونت و سلامت» خشونت را تحت عنوان «استفاده^{۱۰} عامدانه از نیروی جسمی یا قدرت، به صورت تهدید آمیز یا واقعی، علیه خود، دیگری یا گروه یا جامعه‌ای، که موجب آسیب، مرگ، آسیب روانی، عقب افتادگی رشد یا محرومیت می‌شود یا احتمال این رخدادها را بسیار بالا می‌برد» (۳۱). WHO تخمین می‌زند که هر سال تقریباً ۱۰۶ میلیون زندگی در سراسر جهان به خاطر خشونت از دست می‌رود. خشونت در میان عوامل پیشرو در دلایل مرگ برای افراد ۱۵-۴۴ به خصوص مردان است (۳۲).

قانون:

یکی از کارکردهای اصلی قانون تعدیل خشونت است (۳۳). مکس وبر، جامعه‌شناس، اظهار داشت که حکومت، خواهی نخواهی، مدعی کنترل مطلق بر خشونت در حدود قلمروی ویژه‌ای است. اجرای قانون ابزار اصلی تعدیل خشونت غیر نظامی در جامعه است. دولت‌ها استفاده از خشونت را در دستگاه‌های قضایی با نظارت بر افراد و مسئولان سیاسی، از جمله پلیس و ارتش تعدیل می‌کنند. جوامع مدنی مقداری خشونت را که از طریق نیروی پلیس جهت حفظ وضع موجود و اجرای قانون اعمال می‌شود مشروع می‌دانند.

با این وجود هانا آرنت، نظریه‌پرداز سیاسی آلمانی، تاکید کرد که: «خشونت می‌تواند قابل توجیه باشد، اما هرگز مشروع نیست... هرچه هدف در نظر گرفته شده برای آن به آینده^{۱۱} دورتری موکول می‌شود توجیهش منطقی بودن خود را از دست می‌دهد. هیچ کس استفاده از خشونت را جهت دفاع شخصی زیر سوال نمی‌برد، زیرا نه تنها خطر آشکار است بلکه در زمان حاضر است و هدفی که وسیله را توجیه می‌کند آنی است» (۳۴).

آرنت یک تمایز واضح میان خشونت و قدرت قائل شد. در حالی که بیشتر نظریه‌پردازهای سیاسی، خشونت را نوعی ابزار قدرت افراطی تلقی می‌کنند آرنت این دو مفهوم را متضاد دانست (۳۵). اعمال خشونت بار که توسط ارتش یا پلیس انجام

نشده‌اند و به منظور دفاع شخصی نبوده‌اند، معمولاً به عنوان جرم دسته بندی می‌شوند، گرچه تمام جرایم، جرایم خشن نیستند. آسیب به دارایی در بعضی از حوزه‌های قضایی ولی نه همه به عنوان جرم خشن طبقه بندی می‌شود اداره^{۳۶} فدرال تحقیقات خشونت را که منجر به قتل می‌شود را در دسته‌های قتل مجرمانه و قتل قابل توجیه (مثلاً دفاع شخصی) طبقه بندی می‌کند (۳۶).

ویتوریو بوفچی دو مفهوم متفاوت امروزی را از خشونت توصیف می‌کند، یکی «عقیده مینیمالیستی» از خشونت بعنوان عمل عمدی نیروی افراطی یا ویرانگر و دیگری «مفهوم مشروح» که شامل نقض حقوق از جمله لیست بلندی از نیازهای انسانی می‌شود (۳۷).

تحلیل خشونت

از زاویه اثرپذیری و اثرگذاری

از زاویه اثرپذیری و اثرگذاری می‌توان خشونت را به چند دسته تقسیم نمود:

فاعل خشونت می‌ورزد اما این رفتار، از جانب مفعول خشونت تفسیر نمی‌شود با این وجود مفعول از آن آسیب می‌بیند.

فاعل خشونت می‌ورزد اما این رفتار، از جانب مفعول نه خشونت تفسیر می‌شود و نه مفعول از آن آسیب نمی‌بیند.

فاعل خشونت می‌ورزد اما مفعول با اینکه آن را خشونت تفسیر می‌کند، از آن آسیبی نمی‌بیند.

فاعل خشونت می‌ورزد و مفعول نیز آن را خشونت تفسیر می‌کند و از آن آسیب می‌بیند.

فاعل خشونت نمی‌ورزد اما این رفتار از سوی مفعول خشونت تفسیر می‌شود.

از نظر شکل بروز

از نظر شکل بروز نگاهی دیگر رفتار خشونت آمیز را می‌توان به سه دسته تقسیم نمود:

خشونت عریان، خشونت پنهان، خشونت نمادین

از نظر سطح آگاهی

از نظر سطح آگاهی فاعل هنگام اقدام به خشونت، می‌توان رفتار خشونت آمیز را به سه دسته تقسیم نمود:

خشونت آگاهانه

خشونت ناآگاهانه

خشونت ناخواسته

از نظر کیفیت آسیب‌پذیری

. خشونت را می‌توان به انواع زیر تقسیم کرد:

- خشونت جسمانی: شامل صدمه وارد کردن به فرد از طریق ضربه زدن، بریدن، لگزدن، سیلی زدن و موارد مشابه است . این صدمات میتواند در نتیجه استفاده از اشیائی نظیر کمر بند، ترکه چوب و چماق به وجود آید .
- خشونت عاطفی: خشونت عاطفی یا بدرفتاری روانی به عنوان لفظی که در آن فرد بزرگسال به خودپنداره شایستگیهای اجتماعی فرد دیگر حمله میکند تعریف شده است، که در الفاظی مانند اهانت، تهدید یا تحقیر کردن به کار برده میشود (۳۸).
- خشونت جنسی: عبارت است از اینکه فردی، از فرد دیگر برای ارضای جنسی استفاده کنند که ممکن است همراه با تماس یا بدون تماس باشد (۳۹) .
- خشونت قومی یا نژادی: گاه تنوع مذهبی و قومی دستاویزی برای تحریک نفرت مذهبی و قومی برای رسیدن به اهداف خاص و بر انگیزاننده خشونت می باشد (۴۰).

انواع حوادث خشونت آمیز محیط کار:

شاید کمتر فردی را بتوان بافت که با عصبیت و مشکلات رفتاری آشنایی نداشته باشد. این امر از دو جنبه قابل توجه است، ابتدا، عصبیت ها و مشکلات رفتاری که خود شخص بدان مبتلا می شود و دوم، مشکلات رفتاری و عصبیت هایی است که دیگران بدان مبتلا هستند و سایرین به نحوی با آنان و رفتارهای نابهنجارشان سروکار پیدا می کنند. زیرا عصبیت امری است که در درجه اول فرد مبتلا را دچار مشکل می نماید و فرد دچار مشکل در رفتار، دید، نگرش، شناخت و ارتباط های نادرستی در درجه اول با خود و سپس با افرادی که با وی در ارتباط هستند، ایجاد می نماید. این رویکردهای مخرب که فرد با خود و اشخاصی که در زندگی با او مراوده داشته و در ارتباط هستند، می تواند زندگی پر درد و رنجی را ایجاد نماید. البته در اغلب موارد فردی که به مشکلات رفتاری مبتلا می شود، خود از این بابت که دچار مشکل است، آگاه نیست و سایرین را مشکل دار می داند و به راحتی چنین امری را نمی پذیرد که دچار عصبیت و مشکلات رفتاری شده است. لزوما همه افراد عصبی دچار پرخاشگری و خشونت های افراطی نمی شوند. اما درصد قابل توجهی از آنها به دلیل اینکه نیاز دارند تا افراد و امور مختلف زندگی را تحت کنترل و در اختیار خویش بگیرند، به همین جهت از خشونت برای دستیابی به چنین امری استفاده می نمایند (۴۱).

به طور کلی بیمارستان ها مکان هایی هستند که افراد به هیچ وجه در شرایط عادی به آن مراجعه نمی کنند، بنابراین نباید از بیمار یا همراهان وی با هر زمینه فرهنگی انتظار رفتاری عادی داشته باشیم. با توجه به حساسیت و التهاب مراکز بیمارستانی کارکنان شاغل در این مکان ها از جمله پرستاران خیلی بیشتر از یک فرد عادی در معرض تهدید و خشونت قرار دارند (۴۲). اگر چه هر کسی در بیمارستان می تواند مورد حملات مختلف فیزیکی، تهدیدهای لفظی، نژادی و جنسی قرار بگیرد، اما حضور آنها در موقعیت های پر تنش آن ها را نسبت به سایر مراقبین در معرض تعدی و خشونت های رفتاری بیشتری از سوی بیمار و همراهان آنها قرار می دهد (۴۳). توهین و سوء رفتار حین انجام وظیفه و مراقبت از بیمار نه تنها سلامت جسمی، عاطفی و روانی پرستاران را به مخاطره می اندازد بلکه ارتباط درمانی میان پرستار و بیمار را مخدوش می نماید (۴۴). از اثرات تعدی کلامی بر روی پرستاران می توان به خستگی، اختلالات خواب،

کابوس شبانه، اضطراب، سردردهای مکرر، دردهای مزمن، کاهش اعتماد به نفس و احساس سلامت عمومی، نارضایتی از خود، ناامیدی، تحریک پذیری، ترس و افسردگی اشاره نمود (۴۶،۴۵). توهین و تهدید های کلامی موجب کاهش تمرکز حین کار، بی توجهی به اخلاقیات، افزایش میزان خطا حین کار، گاه از دست رفتن یک شیفت کاری، غیبت های مکرر و بی توجهی به بیمار، افت رضایتمندی شغلی، دل زدگی از کار، امتناع از حضور در بخش های پر تنش و حتی ترک شغل شده و هزینه زیادی را به مراکز درمانی و جامعه تحمیل می نماید (۴۷).

وضع قوانین جدید و ایجاد امنیت بیشتر در محیط بیمارستان مستلزم شناخت بیشتر تعدی، شرایط منجر به سوء رفتار و درک بیشتر مشکلات پرستاران در این رابطه می باشد. شاید آمار بدست آمده توجه مسئولین محترم را به وضعیت پرستاران جلب نموده تا با وضع قوانین مناسب و برگزاری همایش ها و جلساتی پیرامون نحوه مدیریت خشم و کنترل شرایط تنش زا و ایجاد مراکز مشاوره و ارجاع جهت پرستاران آسیب دیده موجب ارتقاء سلامت جامعه پرستاری شده و کیفیت مراقبت از بیماران را توسعه بخشند. از سویی شاید تجهیز بیمارستان ها به سیستم گزارش موارد آسیب ضروری به نظر برسد تا پرستاران در معرض خطر و آسیب دیده به سرعت شناسایی و با انجام مشاوره و سایر اقدامات از وارد آمدن آسیب بیش تر به فرد جلوگیری و کیفیت مراقبت از بیمار افزایش یابد. لذا این تحقیق با عنوان: بررسی شیوع خشونت بر علیه پرستاران و عوامل موثر بر آن در پرستاران بیمارستانهای آموزشی قزوین انجام گردید.

فصل دوم

بررسی متون

شوقی و همکاران در سال ۱۳۸۷ در مطالعه ای با عنوان بررسی تعدی کلامی به پرستاران شاغل در بیمارستان های سراسر کشور، به مطالعه بر روی ۱۳۱۷ پرستار در سطح بیمارستانهای سراسر کشور پرداخت. اطلاعات از طریق پرسشنامه خود گزارش دهی جمع آوری گردید.

طبق یافته ها ۸۷/۴ درصد از پرستاران طی ۶ ماه گذشته حداقل یک بار در محیط کار خود مورد تعدی کلامی قرار گرفته بودند. بیشتر تعدی های کلامی از سوی همراهان بیمار (۶۴/۴ درصد)، بین ساعات ۷/۵-۱۴/۳۰ (۴۴/۲ درصد) و در اتاق بیمار (۴۸/۳ درصد) رخ می داد. یافته ها نشان داد که تنها ۳۵/۹ درصد از موارد تعدیهای کلامی توسط پرستاران گزارش می شود. در بررسی تعدی کلامی به پرستاران متغیرهای جنس، سن، سابقه کاری، ساعت کاری و رتبه شغلی با بروز تعدی کلامی رابطه آماری معنی دار داشتند (۴۸).

مطالعه ای توسط عقیلی نژاد و همکاران در سال ۱۳۹۰، با عنوان بررسی فراوانی خشونت علیه پرستاران و عوامل مرتبط با آن، با هدف بررسی ابعاد خشونت علیه پرستاران و شناسایی عوامل موثر در آن انجام گرفت.

این پژوهش که یک پژوهش مقطعی و از نوع توصیفی تحلیلی بود. جامعه پژوهش کلیه پرستاران و بهیاران شاغل در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. حجم نمونه ۱۰۷۰ نفر بود. که اطلاعات بوسیله پرسشنامه تعدیل شده مربوط به Next Study انجام گرفت. بر اساس یافته های مطالعه شیوع خشونت روانی از سوی بیماران و همراهان بر علیه شرکت کنندگان در مطالعه ۶۰/۳٪ بود و ۲/۶٪ هم تجربه خشونت فیزیکی داشتند. به طور کلی سن، جنس، موقعیت شغلی، سابقه کار، تعداد بیماران، متوسط ساعت کاری در هفته، با خشونت روانی از سوی بیماران و همراهان شان رابطه معنی داری نداشتند ولی بخش، جدول کاری، مواجهه بودن با مزاحمت و اختلال در کار به طور کلی، پس از کنترل از نظر سایر عوامل معنی دار مطالعه در آنالیز رگرسیون با خشونت روانی از سوی بیماران/همراهان ارتباط معنی داری داشتند (۴۹).

چراغی و همکاران در مطالعه ای در سال ۱۳۹۲ با عنوان بررسی خشونت محل کار پرستاران بخش مراقبتهای ویژه، ۱۷۰ پرستار بخش ویژه در همدان را مورد بررسی قرار داد. وی برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه تعدیل شده "خشونت محل کار مینه سوتا" و پرسشنامه "خشونت محل کار در بخش سلامت" طراحی شده توسط سازمان جهانی بهداشت استفاده کرد. شیوع خشونت ۷۴/۱ درصد بدست آمد. شایعترین شکل خشونت رفتارهای توهین آمیز کلامی (۶۴ درصد)، تهدید (۲۷/۹۳ درصد)، حمله فیزیکی (۷ درصد)، و آزار جنسی (۱/۰۷ درصد) بود. بیشترین میزان خشونت هم از سوی بیمار و همراهان وی صورت گرفته بود. مهمترین دلیل پرستاران برای عدم گزارش دهی، بی فایده بودن (۶۱/۷ درصد) و سپس ترس از عواقب گزارش دهی (۲۱ درصد) ذکر شده بود (۵۰).

حیدری خیاط و همکاران در سال ۱۳۹۱ مطالعه ای با عنوان بررسی فراوانی و علل تعدی کلامی علیه پرستل بالینی، بر روی کلیه پرستاران، ماماها، تکنیسین های اتاق عمل و بیهوشی و بهیاران شاغل در بیمارستانهای ايرانشهر (۱۴۵ نفر) انجام دادند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه خشونت شغلی در بخش سلامت ساخته شده توسط سازمان جهانی بهداشت بود. بر اساس یافته ها ۸۸/۴ درصد نمونه ها تعدی کلامی را در ۱۲ ماه گذشته تجربه کرده بودند. بیشترین عامل تعدی کلامی، ممانعت از ورود همراهان جهت ملاقات بیماران در غیر از ساعات ملاقات، تاخیر در شروع مراقبت، کمبود پرسنل و امکانات بیان شده است. زنان بیش از مردان تعدی کلامی را تجربه کرده بودند و شرکت کنندگان با سابقه کار و سن پایین تر بیشتر در معرض خطر تجربه ی تعدی کلامی قرار داشتند. بیشترین تجربه تعدی کلامی در اورژانس، اتاق عمل و بخش های جراحی زنان بود. همراهان بیمار، بیماران و پزشکان بیشترین منابع تعدی کلامی اعلام شدند. ۷۷/۲ درصد نمونه ها تعدی کلامی را به یک مرجع از جمله سرپرستار بخش، سوپروایزر و مترون گزارش کرده بودند (۵۱).

حسین آبادی و همکاران مطالعه ای در سال ۱۳۹۲ با عنوان خشونتهای محیط کار علیه پرستاران شاغل بیمارستانهای آموزشی خرم آباد و رفتارهای مقابله ای آن ها در وقایع خشونت آمیز، انجام دادند. این مطالعه به صورت سرشماری از کلیه پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی شهر خرم آباد با استفاده از پرسشنامه خشونت محل کار بود. نتایج نشان داد بیشترین نوع خشونت اعمال شده علیه پرستاران توسط بیمار یا همراهان بیمار، خشونت کلامی بود که

بترتیب از جانب بیماران یا همراهان آنها (۷۸/۵ درصد)، مسئول مافوق (۴۶/۲ درصد) و همکاران درمانی (۴۳/۱٪) اعمال شده بود بعد از آن خشونت فیزیکی به ترتیب از جانب بیماران یا همراهان آنها (۲۷/۲ درصد)، مسئول مافوق (۶/۹ درصد) و همکاران درمانی (۵/۸٪) اعمال شده بود و کمترین میزان خشونت از نوع جنسیتی بود. موثرترین واکنش مقابله ای فراخواندن نگهبان بود و بسیاری از واکنش های مقابله ای استفاده شده توسط پرستاران بی تاثیر یا کم تاثیر بود (۵۲).

بابایی و همکاران در سال ۱۳۹۳ مطالعه ای با عنوان درک همراهان بیماران از ماهیت خشونت محل کار علیه پرستاران در مراکز آموزشی-درمانی تبریز انجام دادند. در این مطالعه توصیفی ۳۷۶ نفر از همراهان در مراکز آموزشی درمانی تبریز با روش تصادفی ساده در مطالعه شرکت داده شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه تعدیل شده سازمان جهانی بهداشت بود. در مجموع همراهان ۱۴۹ مورد خشونت محل کار را گزارش نمودند. همراهان بیشترین خشونت ها را به ترتیب انواع کلامی (۲۵٪)، نژادی (۵/۹٪)، جنسی (۴/۵٪) و فیزیکی (۴/۳٪) گزارش نمودند. در مورد خشونت های کلامی، جنسی و فیزیکی همراهان مهمترین عاملان خشونت بودند. عمده ترین عوامل مرتبط با بروز خشونت، برخورد نامناسب پرسنل، نگرانی مرتبط با سلامتی و انتظار طولانی مدت برای دریافت خدمات بود. همچنین، عمده ترین واکنش پرستاران به اعمال خشونت علیه آنان اطلاع به نگهبانی، انجام ندادن هیچ کاری و دعوت مهاجم به آرامش بوده است (۵۳).

Gacki-Smith در مطالعه ای در سال ۲۰۰۹ به بررسی خشونت علیه پرستاران شاغل در ایالات متحده آمریکا پرداخت. در این مطالعه ۳۴۶۵ پرستار بخش اورژانس در ایالات متحده با تکمیل پرسشنامه ای با ۶۹ سوال مورد بررسی قرار گرفتند. حدود ۲۵٪ از افراد تجربه بیش از ۲۰ بار خشونت جسمی در سه سال گذشته را داشتند و حدود ۲۰٪ تجربه بیش از ۲۰۰ بار خشونت کلامی در طی ۳ سال گذشته را داشتند. پرستاران با تجربه خشونت مکرر جسمی یا کلامی، عدم حمایت دولت و مدیریت بیمارستان از ایشان را از علل عدم گزارش خشونت ها علیه ایشان ذکر کرده اند (۵۴).

Chapman و همکاران در مطالعه ای در سال ۲۰۱۰ به بررسی عوامل ایجاد خشونت علیه پرستاران در یک بیمارستان در استرالیا غربی پرداختند. در این پژوهش همه ۳۳۲ پرستار که حداقل یک سال تجربه کاری داشتند مورد

بررسی قرار گرفتند. از ۱۱۳ پرستاری که شرایط شرکت در مطالعه را داشتند ۷۵ درصد تجربه خشونت در محل کار طی یک سال گذشته را داشتند. ۵۰٪ از ایشان گزارش شفاهی خشونت را به کارکنان ارشد خود داده اند. تنها ۱۶٪ از پرستاران بطور رسمی گزارش خشونت را داده اند. دلایل عدم گزارش خشونت این بود که از نظر ایشان این خشونتها جزئی از محیط کارشان است و مسئولین نمی خواهند پاسخگو باشند (۵۵).

Hegney و همکاران در مطالعه ای در سال ۲۰۱۰ با عنوان مقایسه در برداشت از شغل پرستاری در بین کسانی که در معرض خشونت محل کار قرار گرفته اند و کسانی که در معرض این خشونت نبوده اند در کوئینزلند، پرداختند. بیشترین بروز خشونت محل کار در پرستاری در بخش دولتی گزارش شده است. بیماران / مشتریان / همکاران عوامل اصلی خشونت محل کار بودند و وجود قوانین خاص در محل کار بر میزان خشونت محل کار تاثیری نداشت. پرستاران مراقبت های بالینی در بخش های مراقبت های خصوصی و جوانترها، خشونت محل کار را بیش از پرستاران ارشد تر تجربه کرده بودند. در حالی که خشونت محل کار باعث ایجاد استرس بالا در محل کار شده و کار تیمی و وجود حمایت در محل کار باعث کاهش خشونت در محل کار بود. احساس ایمنی در محل کار رابطه معکوس با خشونت محل کار داشت. به استثنای بخش عمومی پرستاری، رابطه معکوسی بین روحیه پرستاران با خشونت محل کار وجود داشت (۵۶).

Abbas مطالعه ای در سال ۲۰۱۰ با عنوان اپیدمیولوژی خشونت محل کار علیه پرستاران در استان اسماعیلیه، مصر انجام داد در این مطالعه مقطعی ۹۷۰ پرسشنامه خشونت شغلی توسط پرستاران بیمارستانها و مراکز درمانی اولیه شهر اسماعیلیه تکمیل گردید. ۲۷/۷٪ از این پرستاران مورد خشونت واقع شده بودند که از این عده ۶۹/۵٪ خشونت کلامی و ۹/۳٪ خشونت فیزیکی را تجربه کرده بودند. در طول ۱۲ ماه گذشته مردان ۳/۳٪ بیش از زنان ۲۴/۲٪ مورد خشونت قرار گرفته بودند که تفاوت معنی داری داشت. مجردها بیش از متاهلین مورد خشونت واقع شده بودند (اختلاف معنی دار). خشونت در زمان تغییر شیفت شب بیش از طی ساعات شیفت رخ داده است. خشونت در محلهایی که تعداد کارکنان کم بوده بطور معنی داری بیش از بخشهای با پرسنل بیشتر بوده است. در ۶۲/۸٪ موارد بیماران عامل خشونت

بودند در حالیکه در ۱۶/۷٪ عامل خشونت همراهان بیمار بوده اند. ۷/۴٪ پرستاران از این خشونت‌ها دچار ضایعه (جراحت) شده بودند. و ۵۵/۸٪ از پرستاران معتقد بودند که این خشونت‌ها قابل پیشگیری بوده است (۵۷).

Samir و همکاران در مطالعه ای در سال ۲۰۱۲ به بررسی نگرش و واکنش پرستاران به خشونت محل کار در بخش زنان در بیمارستان های قاهره پرداختند. اطلاعات در این مطالعه توصیفی- مقطعی بر روی ۴۱۶ پرستار که به صورت تصادفی از بخش های زنان و زایمان ۸ بیمارستان در قاهره انتخاب شده بودند با استفاده از پرسشنامه پژوهشگر ساخته جمع آوری گردید. ۸۶/۱ درصد پرستاران با خشونت های محل کار مواجه شده بودند. همراهان بیماران بیشترین منبع ایجاد خشونت (۳۸/۵٪) بودند و شایعترین نوع خشونت، خشونت فیزیکی با ۷۸/۱٪ بود. بی دقتی پرستاران ۴۰/۵٪ و قصور در انجام وظایف پرستاری ۳۵/۸٪ از دلایل بروز خشونت را شامل میشده است. حدود ۵۰ درصد از خشونت‌های کلامی و فیزیکی بصورت رسمی به مسئولین گزارش داده شده بودند. ۸۷/۲٪ پرستاران عنوان داشته اند که خشونت‌های محل کار تاثیر منفی بر آنها داشته است (۵۸).

رفعتی رحیم زاده در سال ۱۳۹۰ در مطالعه ای با عنوان بررسی مواجهه پرستاران با خشونت های کلامی و فیزیکی در بیمارستان به بررسی ۳۰۲ پرستار شاغل در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بابل پرداخت. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد شده مربوط به خشونت محل کار در واحد های سلامت، مشتمل بر ۴ بخش (اطلاعات جمعیت شناختی، تهدید، خشونت کلامی و فیزیکی بود که توسط پرستاران تکمیل گردید. ۷۲/۵ درصد پرستاران در طول دوره کاری خود، مورد خشونت قرار گرفته بودند. خشونت علیه پرستاران مرد بیشتر از پرستاران زن بوده است. همچنین بیشترین عامل خشونت علیه پرستاران همراهان بیمار (۴۰/۴ درصد) بوده اند (۵۹).

Palaz در سال ۲۰۱۳ مطالعه ای با عنوان بررسی مواجهه دانشجویان پرستاری با انواع خشونت در طی تحصیل پرستاری انجام داد. در این بررسی ۳۷۹ دانشجوی پرستاری از ۴ دانشگاه ترکیه مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد کوپر بود. در مجموع ۲۲ نفر از پاسخ دهندگان (۶۰ درصد) گزارش کرده اند که حداقل یک نوع خشونت را در روز یا هفته یا شش ماه گذشته تجربه کرده اند. نکته جالب توجه اینکه در اغلب موارد خشونت گزارش شده بر روی دانشجویان پرستاری توسط خانمهای مسن تر از ایشان صورت گرفته است (۶۰).

فصل ۳

روش تحقیق

۳-۱- اهداف و فرضیات تحقیق :

۳-۱-۱- هدف اصلی :

تعیین شیوع خشونت بر علیه پرستاران و عوامل موثر بر آن در پرستاران بیمارستانهای آموزشی قزوین

۳-۱-۲- اهداف فرعی

- تعیین شیوع خشونت بر علیه پرستاران بر حسب بخش بیمارستان

- تعیین شیوع خشونت بر علیه پرستاران بر حسب نوع خشونت

- تعیین شیوع خشونت بر علیه پرستاران بر حسب سن پرستاران

- تعیین شیوع خشونت بر علیه پرستاران بر حسب جنس بیماران

- تعیین شیوع خشونت بر علیه پرستاران بر حسب فرد مهاجم (خشونت کننده)

- تعیین شیوع خشونت بر علیه پرستاران بر حسب شیفت کار

- تعیین شیوع خشونت بر علیه پرستاران بر حسب بخش محل کار

- تعیین شیوع خشونت بر علیه پرستاران بر حسب تحصیلات پرستاران

۳-۱-۳-اهداف کاربردی :

با تعیین میزان شیوع خشونت شغلی و عوامل موثر بر آن سعی در ارائه روشهای موثر برای پیشگیری گردید.

۳-۱-۴-فرضیه ها یا سؤال های پژوهش:

- شیوع خشونت بر علیه پرستاران بر حسب بخش بیمارستان چقدر است؟
- شیوع خشونت بر علیه پرستاران بر حسب نوع خشونت چقدر است؟
- شیوع خشونت بر علیه پرستاران بر حسب سن پرستاران چقدر است؟
- شیوع خشونت بر علیه پرستاران بر حسب سن بیماران چقدر است؟
- شیوع خشونت بر علیه پرستاران بر حسب جنس بیماران چقدر است؟
- شیوع خشونت بر علیه پرستاران بر حسب نوع فرد مهاجم چقدر است؟
- شیوع خشونت بر علیه پرستاران بر حسب شیفت کار چقدر است؟
- شیوع خشونت بر علیه پرستاران بر حسب بخش محل کار چقدر است؟
- شیوع خشونت بر علیه پرستاران بر حسب تحصیلات پرستاران چقدر است؟

مواد و روشها:

۳-۲- نوع مطالعه:

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود.

۳-۳- جامعه مورد بررسی :

این مطالعه به صورت مقطعی در پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام شد. جامعه پژوهش شامل پرستارانی بود که حداقل یکسال در بیمارستانهای آموزشی مشغول به کار بوده اند.

اطلاعات دموگرافیک پرستاران و اطلاعات در مورد بخش محل کار و سابقه کار آنان جمع آوری شد. همچنین پرسشنامه "بررسی خشونت محل کار در بخش سلامت" نیز توسط پرستاران تکمیل گردید.

۳-۴- تعداد نمونه و روش نمونه گیری:

جامعه آماری عبارت بود از پرستارانی که در بیمارستانهای آموزشی شهر قزوین فعالیت می نمودند. با توجه به شیوع گزارش شده خشونت در مطالعات دیگر (۳۰٪)

حجم نمونه 300 بدست آمد.

Z : ۱.۹۶

d : میزان دقت می باشد. (۰.۰۵)

P : میزان شیوع مورد انتظار بر اساس مطالعات قبلی (۶۱)

۳-۵- روش جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها:

اطلاعات جمع آوری شده وارد نرم افزار آماری SPSS گردید و با استفاده از روشهای آماری توصیفی و کای اسکوار، تی تست مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۳-۶- معیارهای ورود و خروج مطالعه:

معیارهای ورود:

- داشتن تمایل جهت همکاری در مطالعه.
- داشتن حداقل یک سال سابقه کار.

معیارهای خروج از مطالعه:

- داشتن کمتر از یک سال سابقه کار
- عدم تمایل پرسنار به ادامه همکاری در حین انجام مطالعه.

۳-۷- روش اجرای تحقیق:

روش جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها:

این مطالعه به صورت مقطعی در پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام گردید. جامعه پژوهش شامل پرستارانی بود که حداقل یکسال در بیمارستانهای آموزشی مشغول به کار بوده اند.

این پرستاران بصورت تصادفی و به نسبت تعداد پرستاران موجود (دارای شرایط) در بیمارستانهای تابعه دانشگاه انتخاب شدند.

اطلاعات دموگرافیک پرستاران و اطلاعات در مورد بخش محل کار و سابقه کار آنان جمع آوری گردید. همچنین پرسشنامه "بررسی خشونت محل کار در بخش سلامت" نیز توسط پرستاران تکمیل گردید.

پرسشنامه "خشونت محل کار در بخش سلامت" که در مطالعه فلاحی خشکناز پایایی آن با استفاده از ضریب همبستگی (۰/۷۳) بدست آمده است^(۱۰)؛ دارای چهار زیر مجموعه خشونت جسمی، روانی، جنسی و نژادی و سه سؤال باز با عنوان "عقیده راجع به خشونت در محل کار" است. پرسشنامه "خشونت محل کار در بخش سلامت" توسط "اداره بین المللی کار، (International Labor Office)، سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) و شورای بین المللی پرستاران (International Council of Nurses ICN) تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۵۸ سؤال در چهار قسمت شامل خشونت جسمی ۱۸ سؤال، خشونت روانی ۱۲ سؤال، خشونت جنسی ۱۲ سؤال و خشونت نژادی ۱۲ سؤال می باشد. در انتهای پرسشنامه سه سؤال باز با عنوان "دیدگاه و عقیده در مورد خشونت محل کار" "opinion to workplace violence" مطرح شد که شامل "شما وقتی" مورد خشونت واقع شدید، چکار کردید؟"، "بنظر شما چه عواملی در بروز خشونت موثر بوده است؟" و "چگونه می توان از بروز خشونت در بخش پیشگیری کرد؟" بود. در نسخه فارسی پرسشنامه، سؤالات باز بصورت سؤال بسته طراحی و مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه در پژوهش های مختلف در اکثر کشورها بکار گرفته شده است و در ایران نیز توسط پژوهشگران مختلف ترجمه و بکار گرفته شده است (۶۲ و ۶۳ و ۶۴).

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS 20 و با استفاده از روشهای آماری توصیفی و کای دو و تی مستقل تجزیه و تحلیل گردید.

جدول ۳-۱- متغیرها:

عنوان متغیر	مستقل	وابسته	کمی		کیفی		تعریف علمی	مقیاس
			پیوسته	گسسته	اسمی	رتبه ای		
سن	*		*				تعداد سالهایی که از سال تولد فرد می گذرد	سال شمسی
جنس	*				*		دارا بودن فنوتیپ و مشخصات ظاهری مردانه یا زنانه	مرد و زن
تحصیلات	*					*	سنوات تحصیل رسمی فرد	زیر دیپلم، دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر
شیفت کاری	*			*	*		زمان انجام خدمت	صبح، عصر،

شب								
داخلی / جراحی / زنان / روانپزشکی / اطفال	بر اساس نام بخش محل کار		*				*	بخش محل کار
پرسشنامه	بلی - خیر		*				*	خشونت
ترک - کرد - لر - فارس - عرب - ترکمن و ...	بر اساس قومیت		*				*	قومیت

۳-۸- ملاحظات اخلاقی:

برای محافظت از حقوق مشارکت کنندگان، محقق بعد از اخذ معرفی‌نامه از دانشکده محل تحصیل و ارایه آن به دانشگاه محل پژوهش، خود را به مسئولین بیمارستانهای مورد مطالعه معرفی نمود و با راهنمایی مدیریت خدمات پرستاری هر بیمارستان، مشارکت کنندگان واجد ملاکهای تحقیق و نمونه گیری نظری شناسایی و در مطالعه شرکت داده شدند. سپس محقق با معرفی خود به مشارکت کنندگان و توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه، به آنها اطمینان داد که در هنگام انتشار نتایج، تمام اطلاعات فردی محرمانه باقی خواهد ماند و به خروج آزادانه در هر مرحله از مطالعه به دلیل عدم تمایل به ادامه همکاری تأکید شد.

فصل ۴

یافته ها

یافته ها:

در این مطالعه تعداد ۳۰۰ نفر از پرستاران و کارکنان پرستاری موردبررسی قرار گرفتند که از نظر اطلاعات دموگرافیک به این صورت بودند:

جدول ۴-۱- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر اساس جنسیت

جنسیت	تعداد	درصد
زن	۱۷۶	۵۸/۷
مرد	۱۲۴	۴۱/۳
جمع	۳۰۰	۱۰۰

میانگین سنی افراد موردبررسی $34/45 \pm 7/4$ بود؛ که این میانگین در خانمها $33/74 \pm 7/2$ و در آقایان $35/5 \pm 7/7$ بود.

جدول ۴-۲- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر اساس گروههای سنی

گروههای سنی	تعداد	درصد
۲۱-۲۵	۳۹	۱۳
۲۶-۳۰	۶۴	۲۱/۳
۳۱-۳۵	۶۱	۲۰/۳
۳۶-۴۰	۶۴	۲۱/۳
۴۱-۴۵	۴۵	۱۵
۴۶-۵۰	۲۷	۹
جمع	۳۰۰	۱۰۰

جدول ۳-۴- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر اساس قومیت ایشان

قومیت	تعداد	درصد
فارس	۱۵۹	۵۳
ترک	۸۴	۲۸
کرد	۱۸	۶
گیلک	۱۸	۶
مازنی	۹	۳
خراسانی	۹	۳
سایر	۳	۱
جمع	۳۰۰	۱۰۰

در میان افراد مورد بررسی ۱۵۹ نفر (۵۳٪) فارس و بعدازآن ۸۴ نفر (۲۸٪) ترک و بقیه از سایر قومیت‌ها بودند.

جدول ۴-۴- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر اساس تحصیلات ایشان

تحصیلات	تعداد	درصد
زیر دیپلم	۶	۲
دیپلم	۳۳	۱۱
کاردان	۳۶	۱۲
کارشناس	۲۱۰	۷۰
کارشناس ارشد	۱۲	۴
دکتری حرفه‌ای	۳	۱
جمع	۳۰۰	۱۰۰

در بین افراد مورد بررسی ۳۹ نفر (۱۳٪) دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم، ۲۴۶ نفر (۷۴٪) کاردان و کارشناس و ۱۵ نفر (۵٪) دارای تحصیلات بالاتر از لیسانس بودند.

جدول ۴-۵- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر اساس رشته تحصیلی ایشان

درصد	تعداد	رشته تحصیلی
۷۵	۲۲۵	پرستاری
۱	۳	اتاق عمل
۱	۳	مامایی
۱۱	۳۳	بهبودی
۸	۲۴	کمک بهیار
۴	۱۲	سایر
۱۰۰	۳۰۰	جمع

در بین افراد مورد بررسی ۲۲۵ نفر (۷۵٪) دارای مدرک پرستاری و ۵۷ نفر (۱۲٪) بهیار و کمک بهیار بودند.

جدول ۴-۶- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر اساس شغل ایشان

درصد	تعداد	شغل
۲	۶	سرپرستار
۷۵	۲۲۵	پرستار
۱	۳	ماما
۱۱	۳۳	بهبود
۷	۲۱	کمک بهیار
۴	۱۲	سایر
۱۰۰	۳۰۰	جمع

در بین افراد مورد بررسی ۶ نفر (۲٪) سرپرستار و ۲۲۵ نفر (۷۵٪) پرستار و بقیه در سایر شغل‌های وابسته به پرستاری اشتغال داشتند.

جدول ۴-۷- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر اساس محل کار.

محل کار	تعداد	درصد
درمانگاه	۳	۱
اورژانس	۳۰	۱۰
داخلی	۶	۲
جراحی	۱۵	۵
ویژه	۹	۳
سایر	۳	۱
درمانگاه و اورژانس	۶	۲
اورژانس و کودکان	۳	۱
اورژانس و داخلی	۱۸	۶
اورژانس و جراحی	۱۲	۴
اورژانس و روان	۹	۳
اورژانس و ویژه	۶	۲
کودکان و جراحی	۶	۲
جراحی و ویژه	۳	۱
درمانگاه، اورژانس و کودکان	۳	۱
درمانگاه، اورژانس و جراحی	۹	۳
درمانگاه، اورژانس و ویژه	۶	۲
اورژانس، کودکان و داخلی	۳	۱
اورژانس، کودکان و جراحی	۳	۱
اورژانس، داخلی و جراحی	۱۵	۵
اورژانس، داخلی و روان	۶	۲
اورژانس، جراحی و ویژه	۳	۱
اورژانس، ویژه و سایر	۳	۱
۴ بخش	۲۷	۹
۵ بخش	۳۰	۱۰
۶ بخش	۵۷	۱۹
نامشخص	۶	۲
جمع	۳۰۰	۱۰۰

جدول ۴-۸- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر اساس وضعیت شیفت کاری

وضعیت شیفت کاری	تعداد	درصد
صبح کار ثابت	۳	۱
شیفت در گردش (صبح و عصر)	۲۴	۸
شیفت در گردش (صبح، عصر و شب)	۲۷۳	۹۱
جمع	۳۰۰	۱۰۰

شیفت کاری ۹۱٪ کادر پرستاری مورد بررسی شیفت در گردش (صبح، عصر و شب)، ۸٪ شیفت در گردش (صبح و عصر) و ۱٪ صبح کار ثابت بودند.

جدول ۴-۹- توزیع فراوانی در پاسخ به سؤال آیا محیط کار خود را محیطی خشن می دانید

آیا محیط کار خود را محیطی خشن می دانید	تعداد	درصد
همیشه	۴۲	۱۴
اکثر اوقات	۷۸	۲۶
معمولاً	۸۴	۲۸
گاهی اوقات	۸۷	۲۹
خیر	۹	۳
جمع	۳۰۰	۱۰۰

در پاسخ به سؤال آیا محیط کار خود را محیط خشنی می دانید ۱۴٪ گزینه همیشه، ۲۶٪ اکثر اوقات، ۲۸٪ معمولاً، ۲۹٪ گاهی اوقات و ۳٪ خیر را انتخاب کرده بودند.

جدول ۴-۱۰- توزیع فراوانی بر پاسخ به سؤال حسب پاسخ به سؤال آیا محیط کار خود را محیطی پرخطر می‌دانید

درصد	تعداد	آیا محیط کار خود را محیطی پرخطر ارزیابی می‌کنید
۲۳	۶۹	همیشه
۲۱	۶۳	اکثر اوقات
۳۰	۹۰	معمولاً
۲۴	۷۲	گاهی اوقات
۲	۶	خیر
۱۰۰	۳۰۰	جمع

در پاسخ به سؤال آیا محیط کار خود را محیطی پرخطر ارزیابی می‌کنید ۲۳٪ گزینه همیشه، ۲۱٪ اکثر اوقات، ۳۰٪ معمولاً، ۲۴٪ گاهی اوقات و ۲٪ خیر را انتخاب کرده بودند.

جدول ۴-۱۱- توزیع فراوانی در پاسخ به سؤال آیا دائماً در مورد احتمال خطر و آسیب دیدن نگران هستید

درصد	تعداد	آیا دائماً در مورد احتمال خطر و آسیب دیدن نگران هستید
۱۷	۵۱	همیشه
۱۶	۴۸	اکثر اوقات
۳۳	۹۹	معمولاً
۳۱	۹۳	گاهی اوقات
۳	۹	خیر
۱۰۰	۳۰۰	جمع

در پاسخ به سؤال آیا دائماً در مورد احتمال خطر و آسیب دیدن نگران هستید ۱۷٪ گزینه همیشه، ۱۶٪ اکثر اوقات، ۳۳٪ معمولاً، ۳۱٪ گاهی اوقات و ۳٪ خیر را انتخاب کرده بودند.

جدول ۴-۱۲- توزیع فراوانی نوع خشونت اعمال شده بر پرستاران

نوع خشونت	تعداد	درصد
فیزیکی	۹۰	۳۰
لفظی	۲۷۳	۹۱
جنسی	۱۸	۶
نژادی	۹۶	۳۲
هیچ کدام	۲۷	۹

بر طبق اظهارات کادر پرستاری مورد بررسی در ۳۰٪ موارد (۹۰ نفر) خشونت فیزیکی، ۹۱٪ موارد (۲۷۳ نفر) خشونت لفظی، ۶٪ موارد (۶ نفر) جنسی، ۳۲٪ موارد (۹۶ نفر) خشونت نژادی و تنها در ۹٪ موارد (۲۷ نفر) هیچ گونه خشونتی گزارش نشده است. (در برخی موارد چند نوع خشونت گزارش شده است)

جدول ۴-۱۳- توزیع میانگین سنی پرستاران برحسب نوع خشونت اعمال شده علیه ایشان

نتیجه آزمون آماری (تی مستقل)	خیر	بلی	سن نوع خشونت
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
T=۳/۶۵ p=۰/۰۰۰۱	۳۵/۴۶ \pm ۷/۳	۳۲/۱ \pm ۷/۲	فیزیکی
T=۷/۸۱ p=۰/۰۰۰۱	۲۷ \pm ۴/۹	۳۵/۱۹ \pm ۷/۲	لفظی
T=۳/۵۲ p=۰/۰۰۰۱	۳۴/۱ \pm ۷/۴	۴۰/۳ \pm ۵/۷	جنسی
T=۲/۶۳ p=۰/۰۰۰۹	۳۳/۷ \pm ۷/۴	۳۶/۱ \pm ۷/۳	نژادی

میانگین سنی کادر پرستاری در خشونت فیزیکی ۳۲/۱ سال، در خشونت لفظی ۳۵/۱۹ سال، در خشونت جنسی ۴۰/۳ سال و در خشونت نژادی ۳۶/۱ سال بود؛ که در هر ۴ مورد تفاوت آماری معنی داری داشت.

جدول ۴- ۱۴- توزیع میانگین سنی فرد مهاجم علیه پرستاران برحسب نوع خشونت اعمال شده علیه ایشان

نوع خشونت	سن فرد مهاجم	انحراف معیار \pm میانگین
فیزیکی		۳۲/۹۶ \pm ۶/۳
لفظی		۳۹/۲۴ \pm ۸/۲
جنسی		۳۶/۶۷ \pm ۵
نژادی		۴۰/۵ \pm ۷/۳

میانگین سنی فرد مهاجم به کادر پرستاری در خشونت فیزیکی ۳۲/۹۶ سال، در خشونت لفظی ۳۹/۲۴ سال، در خشونت جنسی ۳۶/۶۷ سال و در خشونت نژادی ۴۰/۵ سال بود.

جدول ۴- ۱۵- توزیع فراوانی فرد مهاجم برحسب نوع خشونت اعمال شده علیه ایشان

فرد خشونت کننده		فیزیکی	لفظی	جنسی	نژادی
خود بیمار	تعداد	۴۲	۳۹	۰	۱۵
	درصد	۱۴	۱۳	۰	۵
اطرافیان بیمار	تعداد	۳۳	۹۶	۱۵	۱۸
	درصد	۱۱	۳۲	۵	۶
بیمار و اطرافیان بیمار	تعداد	۶	۹۹	۰	۳۳
	درصد	۲	۳۳	۰	۱۱
همکاران پرستار + بیمار	تعداد	۰	۳۳	۰	۳۰
	درصد	۰	۱۱	۰	۱۰
مدیران و مسئولان + بیمار	تعداد	۰	۳	۰	۰
	درصد	۰	۱	۰	۰
بدون پاسخ	تعداد	۹	۳	۳	۰
	درصد	۳	۱	۱	۰
هیچ کدام	تعداد	۲۱۰	۲۷	۲۸۲	۲۰۴
	درصد	۷۰	۹	۹۴	۶۸
جمع	تعداد	۳۰۰	۳۰۰	۳۰۰	۳۰۰
	درصد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

در خشونت فیزیکی بیشترین فرد خشونت کننده خود بیمار (۱۴٪)، در خشونت لفظی بیشترین خشونت از طرف خود بیمار و اطرافیان بیمار (۳۳٪)، در خشونت جنسی، اطرافیان بیمار (۵٪) و در خشونت نژادی، بیمار و اطرافیان بیمار (۱۱٪) بود.

جدول ۴-۱۶- توزیع فراوانی شیفت بروز خشونت برحسب نوع خشونت اعمال شده علیه ایشان

نژادی	جنسی	لفظی	فیزیکی		شیفت بروز خشونت
۱۵	۰	۴۸	۱۲	تعداد	صبح
۵	۰	۱۶	۴	درصد	
۹	۶	۶۰	۱۵	تعداد	عصر
۳	۲	۲۰	۵	درصد	
۴۸	۹	۱۴۴	۳۹	تعداد	شب
۱۶	۳	۴۷	۱۳	درصد	
۲۴	۳	۱۸	۲۴	تعداد	بدون پاسخ
۸	۳	۶	۸	درصد	
۲۰۴	۲۸۲	۳۰	۲۱۰	تعداد	هیچ کدام
۶۸	۹۴	۱۰	۷۰	درصد	
۳۰۰	۳۰۰	۳۰۰	۳۰۰	تعداد	جمع
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد	

شیفت بروز خشونت در تمام انواع آن شیفت شب بود.

جدول ۴-۱۷- توزیع فراوانی جنسیت فرد خشونت کننده برحسب نوع خشونت اعمال شده علیه ایشان

نژادی	جنسی	لفظی	فیزیکی		جنسیت خشونت کننده
۴۵	۱۳	۱۸۳	۷۲	تعداد	مرد
۱۵	۴/۳	۶۱	۲۴	درصد	
۱۲	۳	۲۷	۶	تعداد	زن
۴	۱	۹	۲	درصد	
۲۷	۰	۴۵	۰	تعداد	هر دو
۹	۰	۱۵	۰	درصد	
۱۲	۲	۱۵	۱۲	تعداد	بدون پاسخ
۳	۰/۷	۳	۴	درصد	
۲۰۴	۲۸۲	۳۰	۲۱۰	تعداد	هیچ کدام
۶۸	۹۴	۱۰	۷۰	درصد	
۳۰۰	۳۰۰	۳۰۰	۳۰۰	تعداد	جمع
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد	

بیشترین خشونت در تمام انواع آن از سوی آقایان علیه کادر پرستاری صورت گرفته است. ولی تفاوتی در دو جنس در انواع خشونت وجود نداشت ($\chi^2=5.54, p=0.135$).

جدول ۴-۱۸- توزیع فراوانی بخش بروز خشونت برحسب نوع خشونت اعمال شده علیه ایشان

بخش خشونت		فیزیکی	لفظی	جنسی	نژادی
جراحی	تعداد	۶	۵۷	۰	۶
	درصد	۲	۱۹	۰	۲
داخلی	تعداد	۹	۱۸	۳	۰
	درصد	۳	۶	۱	۰
روان	تعداد	۳۰	۳۶	۶	۹
	درصد	۱۰	۱۲	۲	۳
تروما	تعداد	۹	۲۷	۳	۶
	درصد	۳	۹	۱	۲
کودکان	تعداد	۰	۶	۰	۳
	درصد	۰	۲	۰	۱
زن	تعداد	۰	۳	۰	۰
	درصد	۰	۱	۰	۰
سایر (چند بخش)	تعداد	۶	۷۲	۳	۴۲
	درصد	۲	۲۴	۱	۱۴
بدون پاسخ	تعداد	۳۰	۴۵	۳	۳۰
	درصد	۱۰	۱۵	۱	۱۰
هیچ کدام	تعداد	۲۱۰	۳۰	۲۸۲	۲۰۴
	درصد	۷۰	۱۰	۹۴	۶۸
جمع	تعداد	۳۰۰	۳۰۰	۳۰۰	۳۰۰
	درصد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

بیشترین خشونت فیزیکی در بخش روان (۱۰٪)، خشونت لفظی در بخش جراحی (۱۹٪)، بیشترین خشونت جنسی در بخش روان (۲٪)، و بیشترین خشونت نژادی در بخش روان رخ داده است. این اختلاف با استفاده از آزمون کی دو معنی دار بود ($\chi^2=75.3, p=0.0001$).

جدول ۴- ۱۹- توزیع فراوانی واکنش نسبت به خشونت‌های ایجادشده در کادر پرستاری مورد بررسی

واکنش شما نسبت به خشونت‌های ایجادشده چه بوده است؟	تعداد	درصد
اعتنایی نکردم	۱۸۶	۶۲
مهاجم را به آرامش دعوت نمودم	۵۴	۱۸
با دوستان خود در میان گذاشتم	۳	۱
با همکاران در میان گذاشتم	۹	۳
از خودم دفاع کردم	۶	۲
وانمود کردم اتفاقی نیفتاده	۹	۳
مهاجم را به آرامش دعوت نمود و با همکاران در میان گذاشتم	۳	۱
مهاجم را به آرامش دعوت نمود و وانمود کردم که اتفاقی نیفتاده است	۶	۲
از خودم دفاع کرده و با همکاران در میان گذاشتم	۹	۳
در جستجوی مشاوره برآمدم	۳	۱
از خودم دفاع کرده و تقاضای کمک کردم	۶	۲
پیگرد قانونی کردم	۶	۲
جمع	۳۰۰	۱۰۰

در پاسخ به سؤال واکنش شما نسبت به خشونت‌های ایجادشده چه بود ، در ۶۲٪ موارد (۱۸۶ نفر) عنوان نمودند که اعتنایی نکرده‌اند و در ۱۸٪ موارد (۵۴ نفر) مهاجم را به آرامش دعوت نموده بودند.

جدول ۴- ۲۰- توزیع برحسب فراوانی گزارش دادن خشونت توسط کادر پرستاری موردبررسی

آیا خشونت رخ داده را گزارش نموده‌اید؟	تعداد	درصد
بلی	۵۱	۱۷
خیر	۲۴۹	۸۳
جمع	۳۰۰	۱۰۰

در پاسخ به سؤال آیا خشونت رخ داده را گزارش کرده‌اید ، در ۱۷٪ موارد (۵۱ نفر) عنوان نمودند گزارش کرده‌اند و در ۸۳٪ موارد (۲۴۹ نفر) گزارش نکرده بودند.

جدول ۴-۲۱- توزیع فراوانی برحسب علت عدم گزارش خشونت توسط کادر پرستاری موردبررسی

درصد	تعداد	علت عدم گزارش
۱۰/۷	۳۲	چیز مهمی نبود
۱/۳	۴	از عواقب منفی آن می‌ترسیدم
۶۰	۱۸۰	تصور می‌کردم گزارش بی‌فایده است
۱۹	۵۷	نمی‌دانستم به چه کسی گزارش نمایم
۹	۲۷	بدون خشونت
۱۰۰	۳۰۰	جمع

در بررسی علت عدم گزارش خشونت اعمال شده در ۶۰٪ موارد (۱۸۰ نفر) عنوان کرده‌اند که تصور می‌کرده‌اند گزارش بی‌فایده است، ۱۹٪ موارد (۵۷ نفر) نمی‌دانستند به چه کسی گزارش نمایند، ۱۰/۷٪ موارد (۳۲ نفر) مطرح کرده‌اند که از نظر ایشان مسئله مهمی نبوده است.

جدول ۴-۲۲- توزیع فراوانی برحسب وجود سیستم یا دستورالعملی برای گزارش موارد خشونت‌آمیز علیه کادر پرستاری مورد بررسی

درصد	تعداد	آیا در محل کار شما سیستم یا دستورالعملی برای گزارش موارد خشونت‌آمیز وجود دارد؟
۱۹/۳	۵۸	بلی
۷۰/۷	۲۴۲	خیر
۱۰۰	۳۰۰	جمع

در ۱۹/۳٪ موارد (۵۸ نفر) ذکر کرده‌اند که در محل کار ایشان سیستم یا دستورالعملی برای گزارش موارد خشونت‌آمیز وجود دارد و در ۷۰/۷٪ موارد (۲۴۲ نفر) ذکر کرده‌اند که دستورالعملی وجود ندارد.

جدول ۴-۲۳- توزیع فراوانی برحسب اقدام برای پی گیری خشونت رخ داده علیه کادر پرستاری موردبررسی

درصد	تعداد	اقدام برای پی گیری خشونت
۹	۲۷	بلی
۹۱	۲۷۳	خیر
۱۰۰	۳۰۰	جمع

در ۹٪ موارد (۲۷ مورد) اقدام برای پی گیری خشونت انجام شده و در سایر موارد اقدامی صورت نگرفته است.

جدول ۴-۲۴- توزیع فراوانی برحسب فرد پی گیری کننده خشونت رخ داده علیه کادر پرستاری موردبررسی

درصد	تعداد	پی گیری خشونت توسط چه کسی بوده است؟
۲۲/۲	۶	سرپرستار
۴۴/۵	۱۲	مدیران پرستاری
۲۲/۲	۶	مدیر و رئیس بیمارستان
۱۱/۱	۳	حراست
۱۰۰	۲۷	جمع

در ۲۲/۲٪ موارد (۶ نفر) فرد پیگیری کننده خشونت سرپرستار، ۴۴/۵٪ (۱۲ نفر) مدیران پرستاری، ۲۲/۲٪ (۶ نفر) مدیر و رئیس بیمارستان و ۱۱/۱٪ (۳ نفر) حراست را پیگیری کننده خشونت معرفی کرده اند.

جدول ۴-۲۵- توزیع فراوانی برحسب عوامل ایجادکننده خشونت محل کار علیه کادر پرستاری موردبررسی

درصد	تعداد	عوامل ایجادکننده خشونت محل کار
۵۲/۷	۱۵۸	کمبود آگاهی مردم به وظایف ما
۴۰/۳	۱۲۱	مصرف داروهای روان گردان یا الکل توسط بیماران
۳۹	۱۱۷	تأخیر در رسیدن کمک
۲۰/۷	۶۲	تعداد کم افراد در بخش
۱۴/۳	۴۳	هم گروه شدن بیماران پرخطر با یکدیگر
۱۳	۳۹	مرگ بیمار
۱۱/۳	۳۴	مسائل قضایی و حقوقی بیمار
۱۱	۳	عدم داشتن ملاقاتی بیمار
۱۰/۳	۳۱	فاصله زمان پذیرش تا تشخیص قطعی بیمار
۹	۱۲	اقامت طولانی بیمار در بخش پس از ترخیص
۸	۲۴	نداشتن برنامه آموزشی برای پیشگیری از خشونت
۳	۹	نبودن امکانات امنیتی

بر طبق نظر کادر پرستاری موردبررسی از عوامل ایجادکننده خشونت محل کار، ۵۲/۷٪ موارد (۱۵۸ نفر) کمبود آگاهی مردم از وظایف پرستاران، ۴۰/۳٪ موارد (۱۲۱ نفر) مصرف داروهای روان گردان یا الکل توسط بیماران، ۳۹٪ موارد (۱۱۷ نفر) تأخیر در رسیدن کمک، ۲۰/۷٪ (۶۲ نفر) تعداد کم افراد در بخش را از عوامل ایجاد خشونت در بخش دانسته اند.

جدول ۴-۲۶- توزیع فراوانی برحسب سابقه گذراندن آموزش در مورد روشهای کنترل خشونت توسط کادر پرستاری موردبررسی

درصد	تعداد	آیا شما تا به حال در مورد کنترل خشونت آموزش دیده اید؟
۱۱/۳	۳۴	بلی
۸۸/۷	۲۶۶	خیر
۱۰۰	۳۰۰	جمع

تنها ۱۱/۳٪ موارد (۳۴ نفر) از کادر پرستاری موردبررسی در مورد کنترل خشونت آموزش دیده اند.

جدول ۴-۲۷- توزیع فراوانی برحسب پاسخ به سوال به نظر شما تا چه حد لازم است کارکنان در مورد روشهای جلوگیری و کنترل خشونت آموزش ببینند؟

درصد	تعداد	به نظر شما تا چه حد لازم است کارکنان در مورد روشهای جلوگیری و کنترل خشونت آموزش ببینند؟
۲۱	۶۳	خیلی زیاد
۳۹	۱۱۷	زیاد
۳۷	۱۱۱	بی نظر
۳	۹	کم
۱۰۰	۳۰۰	جمع

۶۰٪ موارد (۱۸۰ نفر) از کادر پرستاری یادگیری روشهای جلوگیری و کنترل خشونت را زیاد و خیلی زیاد لازم دانسته اند.

جدول ۴-۲۸- توزیع فراوانی برحسب وجود سیستم مدیریتی برای گزارش و کنترل خشونت محل کار علیه کادر پرستاری موردبررسی را لازم می دانید

درصد	تعداد	وجود سیستم مدیریتی
۲۹	۸۷	خیلی زیاد
۳۵	۱۰۵	زیاد
۳۳	۹۹	بی نظر
۳	۹	خیلی کم
۱۰۰	۳۰۰	جمع

در ۶۴٪ موارد (۱۹۲ نفر) وجود سیستم مدیریتی برای گزارش و کنترل خشونت محل کار را در حد زیاد و خیلی زیاد لازم می‌دانستند.

جدول ۴-۲۹- توزیع فراوانی برحسب پاسخ به سوال: در صورتی که کارکنان در اثر انواع خشونت دچار آسیب جسمی، روانی و ... شوند نحوه جبران خسارت وارد شده چگونه باید باشد؟

نحوه جبران خسارت	تعداد	درصد
توسط فرد خشونت کننده	۲۲۲	۷۴
توسط مدیر محل اشتغال	۳۶	۱۲
توسط بیمه‌ها	۳۹	۱۳
سایر موارد	۳	۱
جمع	۳۰۰	۱۰۰

۷۴٪ موارد (۲۲۲ نفر) نحوه جبران خسارت را از طرف فرد خشونت کننده، ۱۳٪ (۳۹ نفر) توسط بیمه‌ها و ۱۲٪ (۳۶ نفر) توسط مدیر محل اشتغال دانسته‌اند.

جدول ۴-۳۰- توزیع فراوانی برحسب اینکه پاسخ به سؤال آیا شاهد وقوع خشونت در محل کارتان بوده‌اید

شاهد وقوع خشونت در محل کارتان بوده‌اید؟	تعداد	درصد
خیلی زیاد (هرروز)	۳۳	۱۱
زیاد (هر هفته)	۴۵	۱۵
متوسط (هرماه)	۱۷۱	۵۷
کم (هر فصل)	۱۵	۵
خیلی کم (هرسال)	۳۳	۱۱
خیر اصلاً	۳	۱
جمع	۳۰۰	۱۰۰

همانطور که در جدول آمده است ۹۹٪ موارد (۲۹۷ نفر) از کادر پرستاری شاهد وقوع خشونت در محل کارشان بوده‌اند.

جدول ۴-۳۱- مقایسه میانگین سن و سابقه کار برحسب میزان برخورد با خشونت در محل کار

شاهد وقوع خشونت در محل کارتان بوده‌اید؟	سن انحراف معیار \pm میانگین	سابقه کار انحراف معیار \pm میانگین
خیلی زیاد (هرروز)	$32/7 \pm 7$	$9/6 \pm 7/6$
زیاد (هر هفته)	$32/5 \pm 7$	$7/6 \pm 6/2$
متوسط (هرماه)	$36/6 \pm 7$	$12/8 \pm 7$
کم (هر فصل)	$28/8 \pm 5$	$9/3 \pm 6$
خیلی کم (هرسال)	-	۰
خیر اصلاً	$24 \pm 0/1$	$2 \pm 0/1$
آزمون آماری	$F=9.1$ $P=0.001$	$F=6.9$ $P=0.001$

با توجه به اطلاعات جدول فوق با افزایش میانگین سن و سابقه کار میزان مشاهده یا برخورد با خشونت در محل کار افزایش یافته و این اختلاف معنی دار بوده است ($P < 0/05$).

جدول ۴-۳۲- توزیع فراوانی برحسب اینکه پاسخ به سؤال به نظر شما چه عواملی در جلوگیری از خشونت محیط کار مؤثر است؟

به نظر شما چه عواملی در جلوگیری از خشونت محیط کار مؤثر است؟	تعداد	درصد
وجود قوانین و مقررات بازدارنده	۱۲۰	۴۰
وجود نیروی انتظامی	۶۳	۲۱
اقدامات انگیزشی (تشویق و تنبیه) عاملان خشونت	۳۹	۱۳
آموزش پرسنل	۳۳	۱۱
جبران صدمات توسط مدیریت	۹	۲
سایر موارد	۳	۱

۴۰٪ موارد (۱۲۰ نفر) وجود قوانین و مقررات بازدارنده، ۲۱٪ موارد (۶۳ نفر) وجود نیروی انتظامی، ۱۳٪ موارد (۳۹ نفر) اقدامات انگیزشی، ۱۱٪ موارد (۳۳ نفر) آموزش پرسنل را در جلوگیری از خشونت محیط کار مؤثر دانسته‌اند.

جدول ۴-۳۳- توزیع فراوانی برحسب پاسخ به سؤال چه عواملی می تواند از خشونت محل کار جلوگیری نماید؟

چه عواملی می تواند از خشونت محل کار جلوگیری نماید؟	تعداد	درصد
وجود نیروی انتظامی	۱۸۱	۶۰/۳
اقدامات منجر به ایمنی در بخش ها	۱۰۳	۳۴/۳
جدا کردن بیماران معتاد از سایرین	۱۰۱	۳۳/۷
آموزش پرسنل	۸۵	۲۸/۳
اقدامات بازدارنده	۸۳	۲۷/۷
وجود نگهبان	۷۸	۲۶
وجود دستورالعمل مواجهه با خشونت	۶۶	۲۲
گزارش خشونت ها	۵۱	۱۷
جدا کردن بیماران قضایی از سایر بیماران	۴۹	۱۶/۳
سایر موارد	۰	۰

از عوامل پیشگیری یا جلوگیری کننده از خشونت محل کار ، ۶۰/۳٪ موارد (۱۸۱ نفر) وجود نیروی انتظامی، ۳۴/۳٪ موارد (۱۰۳ نفر) اقدامات منجر به ایمنی در بخش ها، ۳۳/۷٪ موارد (۱۰۱ نفر) جدا کردن بیماران معتاد از سایرین، ۲۸/۳٪ موارد (۸۵ نفر) آموزش پرسنل، ۲۷/۷٪ موارد (۸۳ نفر) اقدامات بازدارنده، ۲۶٪ موارد (۷۸ نفر) وجود نگهبان، ۲۲٪ موارد (۶۶ نفر) وجود دستورالعمل مواجهه با خشونت، ۱۷٪ موارد (۵۱ نفر) گزارش خشونت و ۱۶/۳٪ موارد (۴۹ نفر) جدا کردن بیماران قضایی از سایر بیماران را در جلوگیری از بروز خشونت در محل کار مؤثر دانسته اند.

فصل ۵

بحث و نتیجه گیری

بحث:

در این مطالعه با هدف تعیین شیوع خشونت بر علیه پرستاران و عوامل موثر بر آن در پرستاران بیمارستانهای آموزشی قزوین، تعداد ۳۰۰ نفر از پرستاران و کارکنان پرستاری موردبررسی قرار گرفتند.

یکی از یافته های مهم مطالعه این بود که از ۳۰۰ نفر کادر پرستاری مورد بررسی ۲۷۳ نفر (۹۱٪) در طی یک سال گذشته انواع مختلف خشونت محل کار علیه پرستاران را تجربه کرده بودند که نشان دهنده شیوع بالای خشونت علیه پرستاران می باشد. این یافته ها تایید کننده نتایج مطالعات قبلی انجام شده می باشد چنانکه مطالعه شوقی و همکاران⁴⁸ (۱۳۸۷) نشان داد که ۸۷/۴٪ پرستاران در سطح بیمارستانهای سراسر کشور ایران در طی ۶ ماه گذشته حداقل یک بار در محیط کار خود مورد تعدی کلامی قرار گرفته بودند. در همین راستا، نتایج مطالعه عقیلی نژاد و همکاران⁴⁹ (۱۳۹۰) شیوع خشونت روانی از سوی بیماران و همراهان بر علیه کلیه پرستاران و بهیاران شاغل در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱۰۷۰ نفر) ۶۰/۳٪ بود و ۲/۶٪ هم تجربه خشونت فیزیکی داشتند. رفعتی رحیم زاده⁵⁹ (۱۳۹۰) در مطالعه ای به بررسی ۳۰۲ پرستار شاغل در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بابل پرداخت. ۷۲/۵ درصد پرستاران در طول دوره کاری خود، مورد خشونت قرار گرفته بودند. همچنین در مطالعه چراغی و همکاران⁵⁰ (۱۳۹۱) که بر روی ۱۷۰ نفر پرستاران بخش ویژه در همدان انجام شد شیوع خشونت ۷۴/۱ درصد بدست آمد. همینطور در مطالعه حیدری خیاط و همکاران⁵¹ (۱۳۹۱) شیوع تعدی کلامی علیه کارکنان پرستاری شاغل در بیمارستانهای ایرانشهر ۸۸/۴ خشونت کلامی در مدت ۱۲ ماه گذشته بوده است. در مطالعه حسین آبادی و همکاران⁵² (۱۳۹۲) که بر روی کلیه پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی شهر خرم آباد انجام شد خشونت کلامی بود که از جانب بیماران یا همراهان آنها صورت گرفته بود (۷۸/۵ درصد) گزارش شده است. همچنین بابایی و همکاران⁵³ (۱۳۹۳) با بررسی درک همراهان بیماران از ماهیت خشونت محل کار علیه پرستاران در مراکز آموزشی-درمانی تبریز ، ۳۹/۶٪ خشونت محل کار علیه پرستاران را مشاهده نموده بودند. در مطالعه مشابهی در استرالیا Chapman و همکاران⁵⁵ (۲۰۱۰) به بررسی عوامل ایجاد خشونت علیه پرستاران در یک بیمارستان در استرالیا غربی پرداختند. از ۱۱۳ پرستاری که شرایط شرکت در مطالعه را داشتند ۷۵ درصد تجربه خشونت در محل کار طی یک سال گذشته را داشتند. همچنین Abbas⁵⁷ (۲۰۱۰)

مطالعه ای با عنوان اپیدمیولوژی خشونت محل کار علیه پرستاران در استان اسماعیلیه، مصر انجام داد در این مطالعه مقطعی ۹۷۰ پرسشنامه خشونت شغلی توسط پرستاران بیمارستانها و مراکز درمانی اولیه شهر اسماعیلیه تکمیل گردید. ۲۷/۷٪ از این پرستاران مورد خشونت واقع شده بودند. Samir و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه ای به بررسی نگرش و واکنش پرستاران به خشونت محل کار در بخش زنان در بیمارستان های قاهره پرداختند. ۸۶/۱ درصد پرستاران با خشونت های محل کار مواجه شده بودند. Palaz (۲۰۱۳) مطالعه ای با عنوان بررسی مواجهه دانشجویان پرستاری با انواع خشونت در طی تحصیل پرستاری انجام داد. در این بررسی ۳۷۹ دانشجوی پرستاری از ۴ دانشگاه ترکیه مورد بررسی قرار گرفتند. در مجموع ۲۲۲ نفر از پاسخ دهندگان (۶۰ درصد) گزارش کرده اند که حداقل یک نوع خشونت را در روز یا هفته یا شش ماه گذشته تجربه کرده اند.

بنابر این، شیوع بسیار بالای خشونت گزارش شده توسط بیماران می تواند بیانگر این باشد که حتی ممکن است شیوع خشونت محل کار علیه پرستاران ایرانی بیشتر از آن چیزی باشد که خود پرستاران گزارش نموده اند. تفاوت این میزان در ایران با یافته های سایر کشورها می تواند ناشی از نوع فرهنگ یا میزان مراقبت در بیمارستانها و یا نوع پرسشنامه باشد.

بیماران در مطالعه ما به ترتیب خشونت های کلامی (۹۱٪)، نژادی (۳۲٪)، فیزیکی (۳۰٪) و جنسی (۶٪) را علیه کارکنان پرستاری گزارش نمودند. این یافته ها مشابه گزارشات پرستاران از خشونت محل کار می باشد. برای مثال در مطالعه چراغی و همکاران (۱۳۹۱). شایعترین شکل خشونت رفتارهای توهین آمیز کلامی (۶۴٪)، تهدید (۲۷/۹۳٪)، حمله فیزیکی (۷٪)، و آزار جنسی (۱/۰۷٪) بود. و در مطالعه بابایی و همکاران در سال ۱۳۹۳ خشونت ها را به ترتیب انواع کلامی (۲۵٪)، نژادی (۵/۹٪)، جنسی (۴/۵٪) و فیزیکی (۴/۳٪) گزارش نمودند. طبق نتایج مطالعه Gacki-Smith (۲۰۰۹) در ایالات متحده حدود ۲۵٪ از افراد تجربه بیش از ۲۰ بار خشونت جسمی در سه سال گذشته را داشتند و حدود ۲۰٪ تجربه بیش از ۲۰۰ بار خشونت کلامی در طی ۳ سال گذشته را داشتند. در مطالعه Abbas (۲۰۱۰) در مصر، ۲۷/۷٪ از پرستاران مورد خشونت واقع شده بودند که از این عده ۶۹/۵٪ خشونت کلامی و ۹/۳٪ خشونت فیزیکی را تجربه کرده بودند. Samir و همکاران⁵⁸ (۲۰۱۲) در مطالعه در قاهره شایعترین نوع خشونت را خشونت فیزیکی با ۷۸/۱٪ گزارش کردند. البته باید توجه داشت که در مطالعه ما غیر از خشونت جنسی، خشونت فیزیکی توسط بیماران

به عنوان کمترین نوع خشونت اعمال شده علیه پرستاران گزارش گردید. ممکن است پرستاران به دلایل فرهنگی و یا ترس از عواقب احتمالی از گزارش خشونتهای فیزیکی اجتناب نمایند. لازم به ذکر است که دلیل ورود خشونت نژادی در این مطالعه این است که در مطالعات قبلی در ایران گزارش شده است که یکی از خشونتهایی که پرسنل درمانی در ایران با آن مواجه می شوند خشونتهای قومی و نژادی است چنانکه در مطالعه ما (۳۲٪) گزارش شده است.

از نتایج دیگر مطالعه ما این بود که بیشترین خشونت در تمام انواع آن از سوی آقایان علیه کادر پرستاری صورت گرفته است. ولی در هیچیک از سایر مطالعات در این زمینه در مورد این موضوع بحثی نشده و امکان مقایسه وجود نداشت.

یکی دیگر از یافته های مطالعه حاضر این بود که خود بیماران بیشترین گروه ایجاد کننده خشونت فیزیکی (۱۶٪) و اطرافیان بیمار بیشترین خشونت لفظی (۶۵٪)، خشونت جنسی در تمام موارد از سوی اطرافیان بیمار و خشونت نژادی در بیشتر موارد (۱۷٪) از سوی اطرافیان بیمار علیه کادر پرستاری انجام گرفته است. این نتایج تا حد زیادی مشابه نتایج مطالعات دیگر در این زمینه است بطوریکه در مطالعه شوقی⁴⁸ (۱۳۸۷). بیش تر تعدی های کلامی از سوی همراهان بیمار (۶۴/۴ درصد) بود و در مطالعه حسین آبادی⁵² (۱۳۹۲) بیشترین نوع خشونت اعمال شده علیه پرستاران توسط بیمار یا همراهان بیمار، خشونت کلامی بود که به ترتیب از جانب بیماران یا همراهان آنها (۷۸/۵ درصد) گزارش شده است. همچنین در مطالعه بابایی⁵³ (۱۳۹۳) در مورد خشونت های کلامی، جنسی و فیزیکی همراهان مهمترین عاملان خشونت بودند. در مطالعه Abbas⁵⁷ (۲۰۱۰) در ۶۲/۸٪ موارد بیماران عامل خشونت بودند در حالیکه در ۱۶/۷٪ عامل خشونت همراهان بیمار بوده اند. بنابر این می توان با اطمینان بیشتری ادعا نمود که بیماران و همراهان آنها پر خطرترین گروه در زمینه اعمال خشونت علیه پرستاران هستند.

در مطالعه ما بر طبق نظر کادر پرستاری مورد بررسی از عوامل ایجاد کننده خشونت محل کار، ۵۲/۷٪ موارد (۱۵۸ نفر) کمبود آگاهی مردم از وظایف پرستاران، ۴۰/۳٪ موارد (۱۲۱ نفر) مصرف داروهای روان گردان یا الکل توسط بیماران، ۳۹٪ موارد (۱۱۷ نفر) تأخیر در رسیدن کمک، ۲۰/۷٪ (۶۲ نفر) تعداد کم افراد در بخش را از عوامل ایجاد خشونت در بخش دانسته اند. این در حالی است که در مطالعه زمانزاده و همکاران⁶⁵ (۱۳۸۶) پرستاران شاغل در بیمارستانهای تبریز، نبود امکانات امنیتی به موقع، نسبت تعداد پرستاران به بیماران و نداشتن برنامه آموزشی را مهمترین دالیل بروز

خشونت علیه خود ذکر نموده بودند^(۶۵). در همین راستا، در مطالعه‌های که توسط مشتاق عشق و همکاران^(۶۶) (۱۳۹۱) در بخش‌های اورژانس تهران انجام شد پرستاران عدم کنترل رفت و آمد همراهان، عدم کنترل تعداد همراهان و کمبود کارکنان امنیتی را مهمترین عوامل بروز دهنده خشونت محل کار علیه خود گزارش کرده بودند. بنابراین، پرستاران بیشتر عوامل مرتبط با همراهان و نبود اقدامات امنیتی را عامل بروز خشونت میدانند.

با بررسی شیفت کاری بروز خشونت در مطالعه ما به این نتیجه رسیدیم زمان بیشترین بروز خشونت در تمام انواع آن شیفت شب بوده است. به نظر می‌رسد یافته مذکور نیز تأیید کننده یافته‌های مطالعات پیشین می‌باشد که نشان میدهند پرستاران معمولاً در شیفتهای شب که از حمایت و مراقبت کمتری برخوردار می‌باشند مورد خشونت واقع شده اند بطوریکه در مطالعه⁵⁷ Abbas (۲۰۱۰) خشونت در زمان تغییر شیفت شب بیش از طی ساعات شیفت رخ داده بود. همچنین شوقی و همکاران^(۶۸) (۱۳۸۷) گزارش کرده اند که بیش تر تعدی های کلامی علیه پرستاران بین ساعات ۱۴/۳۰-۷/۵ (۴۴/۲ درصد) و در اتاق بیمار (۴۸/۳ درصد) رخ می‌داد.

از دیگر یافته‌های مهم در مطالعه ما این بود که پرستاران عمده‌ترین واکنش به اعمال خشونت علیه خود را انجام ندادن هیچ کاری (۶۲٪) و دعوت مهاجم به آرامش (۱۸٪) گزارش نمودند. به نظر می‌رسد یافته مذکور نیز تأیید کننده یافته‌های مطالعات پیشین می‌باشد که نشان میدهند پرستاران معمولاً در برخورد با موارد خشونت اقدام خاصی انجام نداده یا مهاجمان را به آرامش دعوت مینمایند. چنانکه در مطالعه چراغی⁵⁰ (۱۳۹۲). مهمترین دلیل پرستاران برای عدم گزارش دهی خشونت علیه خود را، بی فایده بودن (۶۱/۷ درصد) و سپس ترس از عواقب گزارش دهی (۲۱ درصد) ذکر شده بود. در مطالعه حسین آبادی و همکاران⁵² (۱۳۹۲) موثرترین واکنش مقابله ای فراخواندن نگهبان بود و بسیاری از واکنش های مقابله ای استفاده شده توسط پرستاران بی تاثیر یا کم تاثیر بود. همچنین در مطالعه بابایی و همکاران⁵³ (۱۳۹۳) عمده ترین واکنش پرستاران به اعمال خشونت علیه آنان اطلاع به نگهبانی، انجام ندادن هیچ کاری و دعوت مهاجم به آرامش بوده است. مطالعه⁵⁴ Gacki-Smith (۲۰۰۹) پرستاران با تجربه خشونت مکرر جسمی یا کلامی، عدم حمایت دولت و مدیریت بیمارستان از ایشان را از علل عدم گزارش خشونت علیه ایشان ذکر کرده اند.

در مطالعه ما سن پرستاران در کسانی که علیه آنها خشونت فیزیکی صورت گرفته بود به صورت معنی داری کمتر از کسانی که در معرض خشونت نبوده اند، کمتر بود ولی در خشونت های لفظی، جنسی و نژادی میانگین سن پرستار در گروه های درگیر خشونت بیشتر از پرستارانی بود که علیه آنها خشونت صورت نگرفته است. نتایج مطالعات قبلی انجام شده به این صورت می باشد که در مطالعه عقیلی نژاد⁴⁹ (۱۳۹۰) نشان داد که سن با خشونت روانی از سوی بیماران و همراهان شان رابطه معنی داری نداشتند. در مطالعه چراغی⁵⁰ (۱۳۹۲) به این نتیجه رسیدند که پرستاران با سن پایین تر بیشتر در معرض خطر تجربه ی تعدی کلامی قرار داشتند.

نتیجه گیری:

نتایج مطالعه حاضر میتواند برای درک بهتر و کنترل بیشتر موارد خشونت محل کار علیه پرستاران در سیستم های بهداشتی - درمانی ایران کاربردهایی داشته باشد. یافته های این پژوهش تأیید میکند که پرستاران ایرانی در معرض میزان بالایی از خشونت محل کار قرار دارند و این مساله نیازمند توجهات ویژه ای است. به علاوه، نتایج این مطالعه گواه این واقعیت است که خشونت های شایع علیه پرسنل پرستاری از نوع کلامی بوده و بیماران در این موارد مهمترین عاملان خشونت هستند. به نظر میرسد که کنترل مناسب تر بر همراهان بیماران و آموزش خود بیماران در سیستم درمانی میتواند سبب کاهش خشونت محل کار علیه پرستاران گردد. همچنین، نتایج این مطالعه کمبود آگاهی مردم به وظایف پرستاران را از عوامل بسیار مهم در بروز خشونت محل کار علیه پرسنل پرستاری معرفی نمود. این موارد نشان میدهد که در مجموع آموزش پرستاران در مورد نحوه برخورد با بیماران و تقویت مهارت های ارتباطی پرستاران و همچنین، ارتقاء نحوه مدیریت در سیستم - های بهداشتی و درمانی میتواند عواملی مهم در کاهش خشونت محل کار علیه پرستاران باشند. به نظر میرسد که با توجه به سرفصل دروس پرستاری در ایران الزام باشد که در درس روانپرستاری در مورد مدیریت خشم و نحوه مدیریت بیماران خشمگین به دانشجویان آموزش داده شود و در این زمینه کارگاه هایی برای پرستاران نیز برگزار گردد. در ضمن نتایج پژوهش حاضر تأیید نمود که پرستاران معمولاً در مورد اعمال خشونت علیه خود واکنشی بروز نمیدهند. این مساله میتواند موجب افزایش موارد خشونت علیه پرستاران و عدم توجه جامعه به این مساله گردد. پس لازم

است پرستاران توجه داشته باشند که نبایست در مورد اعمال خشونت علیه خود بی تفاوت بوده و باید این موارد را از طریق مجاری قانونی پیگیری نمایند .

پیشنهادهات:

در نهایت با توجه به بالا بودن میزان خشونت علیه پرستاران در مطالعه حاضر پیشنهاد می شود، جهت پیشبرد سلامت جسمانی و روانی پرستاران و بیماران، ایجاد آرامش، انگیزش و اشتیاق کارکنان درمانی، بهینه کردن محیط شغلی، افزایش منابع نیروی انسانی، امکانات و تسهیلات لازم فراهم گردد. آموزش به پرستاران تازه کار، آموزش مهارت های ارتباطی و کنترل خشونت به دانشجویان پرستاری، فراهم کردن محیط کاری امن، حمایت از کارکنان، استفاده مناسب از مهار و اتاق های ایزوله برای بیماران تهاجمی، مشاوره برای پرستار قربانی، وجود تعداد کافی کارکنان برای پیگیری از ایجاد زمینه خشونت، وجود فرآیندی منسجم برای پیگیری و گزارش دهی پس از رویداد خشونت بار، مراقبت طبی یا روانی پرستار قربانی در صورت لزوم از دیگر راه های پیگیری از خشونت می باشد (۶۷). هیچ پرستاری نباید در بخش تنها باشد و باید حتماً یک نفر دیگر از کارکنان به همراه وی حضور داشته باشد. سوپروایزرین، مدیران و همکاران نباید خشونت را بعنوان بخشی از شغل پرستاری تلقی کرده و بدینوسیله مرتکبین خشونت را تبرئه نمایند (۶۸). در نظر گرفتن برنامه آموزشی مستمر و ضمن خدمت برای تیم درمان جهت به کارگیری روش های مختلف و موثر مقابله با خشونت و عوامل آن توصیه می شود (۶۹). از سوی دیگر، از جمله راهکارهای پیگیری از خشونت، گزارش صحیح و دقیق خشونت است و مدیران باید کارکنان را به انجام این کار تشویق کنند. در رسیدگی به این گزارشات باید اصل رازداری کارمند و عدم سرزنش و انتقاد از وی مورد توجه بوده و علت خشونت ریشه یابی شود تا از بروز موارد مشابه دیگر، پیگیری شود. کارمند نیازمند مراقبت جسمی و روانی است .عواقب روانی خشونت از جمله ترس از بازگشت به کار، تغییر در ارتباط با همکاران و خانواده، احساس بی کفایتی شرم و بی پناهی، ترس از سرزنش مافوق باید همواره مدنظر باشد (۷۰).

همچنین، در مورد شیوع خشونت فیزیکی و عوامل مرتبط با بروز خشونت به مطالعات بیشتری نیاز است. بنابراین، پیشنهاد میشود در مطالعاتی کیفی و یا کمی دیدگاه واقعی خود افراد اعمال کننده خشونت در مورد خشونت محل کار

علیه پرستاران بررسی گردد. همچنین، پیشنهاد میشود تا در مورد شیوع خشونت فیزیکی و علل ایجاد کننده خشونت مطالعات بیشتری انجام گیرد.

- 1- Reese, Charles D. Occupational health and safety management: a practical approach. 2nd ed. CRC press; 2011.
- 2 -Taylor JI, Rew L. A systematic review of the literature: Workplace violence in the emergency department. Journal of Clinical Nursing. 2010; 20(7-8):1072-1085.
- 3- Abad M, Rafie Fard SH. [Violence and Security]. 3rd Edition, Tehran: Mehrravash Pub, 2011.
- 4- Pierre I, Holmes D. Managing nurses through disciplinary power: A foucauldian analysis of workplace violence. Journal of Nursing Management. 2008; 16(3):352-359.
- 5- Gacki J, Juarez A, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean S. Violence against nurses working in US Emergency Departments. JONA. 2009; 39(8):340-349.
- 6- Magnavita N, Heponiemi T. Workplace Violence against Nursing Students and Nurses: An Italian Experience. Journal of Nursing Scholarship. 2011; 43(2):203-210.
- 7 -Celebioglu A, Akpinar RB, Kucukoglu S, Engin R. Violence experienced by Turkish nursing students in clinical settings: Their emotions and behaviors. Nurse Education Today. 2010; 30(7):687-691.
- 8- Magnavita N, Heponiemi T. Workplace Violence against Nursing Students and Nurses: An Italian Experience. Journal of Nursing Scholarship. 2011; 43(2):203-210.
- 9 - Fallahi Khoshknab M, Tamizi Z, Ghazanfari N, Mehrabani G. Prevalence of workplace violence in psychiatric wards, Tehran, Iran. Pakistan Journal of Biological Sciences. 2012; 15(14):680-684.
- 10- Fallahi Khoshknab M, Haghdooost-oskoei SF, Ashani Sh, Tamizi Z, Ahmadvand H, Azadi GH, Ghazanfari N. [Evaluation of workplace violence against nursing staffs of medical sciences universities of MOH]. The final research report, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, 2011 (Persian).
- 11 -Karaöz S. Turkish nursing students' perception of caring. Nurse Educ Today 2005; 25(1): 31-40.
- 12- Pajnkihar M. Is caring a lost art in nursing? Int J Nurs Stud 2008; 45(5): 807.
- 13- Granger BB, Moser D, Germino B, Harrell J, Ekman I. Caring for patients with chronic heart failure: The trajectory model. Eur J Cardiovas Nurs 2006; 5(3): 222-227.
- 14- Rudolffsson G, von Post I, Eriksson K. The expression of caring within the perioperative dialogue: A hermeneutic study. Int J Nurs Stud 2007; 44(6): 905-915.

-
- 15- Patistea E, Siamanta H. A literature review of patients' compared with nurses' perceptions of caring: Implications for practice and research. *J Prof Nurs* 1999; 15(5): 302-312.
- 16 -Tafreshi MZ, Pazargadi M, Abed Saeedi Z. Nurses' perspectives on quality of nursing care: a qualitative study in Iran. *Int J Health Care Qual Assur* 2007; 20(4): 320-328.
- 17- Bolderston A, Lewis D, Chai M. The concept of caring: Perceptions of radiation therapists. *Radiography* 2010; 16(3): 198-208.
- 18- Forbes A, While A. The nursing contribution to chronic disease management: a discussion paper. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(1): 119-130.
- 19- Leininger MM. Care: the essence of nursing and health. Detroit: Wayne State University press; 1984. p. 3-11.
- ۲۰- شرح وظایف پرستاران (میرزابیگی رئیس کل سازمان نظام پرستاری ، گیوری مدیر کل دفتر امور پرستاری وزارت بهداشت)
- 21- لغتنامه دهخدا.
- 22- Straus, M. A., Gelles, R. j., Steinmetz,S. (1980). Behind Closed Doors: Violence in the American Family. Garden City, New York: Anchor.
- 23- Yllo, K., Straus, M. A. International Violence Among married and Co habiting Couple. *Family Relations*.1981 , 30:339-47.
- 24- Cook, Sandy& Bessant, Judith(1997)"Women's Encounters With Violence",SAGE,Inc.9.
- 25 - The Neurobiology of Violence, An Update, *Journal of Neuropsychiatry Clin Neurosci* 11:3, Summer 1999. As Mexican Biologist and Scientologist Adri Rodriguez says, Violence is a recurring motif in today's society.
- 26 - Heather Whipps, Peace or War? How early humans behaved, *LiveScience.Com*, March 16, 2006.
- 27 - Rowan, John. The Structured Crowd. Davis-Poynter. 1978.
- 28 - Gilligan, James. Violence: Our Deadly Epidemic and Its Causes. Putnam Adult.1996. ISBN 0-399-13979-6.
- 29- Obsatz M, Morgan R.Emotional Competency; The Demon Lover On the Sexuality of Terrorism, W.W. Norton, 1989, Chapter 5.
- 30 - CDC Definition of Violence.
- 31 - World Report on Violence and Health, October 3, 2002.
- 32 -WHO: 1.6 million die in violence annually.

33 David J. E., The One who is More Violent Prevails - Law and Violence from a Talmudic Legal Perspective, Canadian Journal of Law and Jurisprudence, Vol. 19, No. 2, 2006.

34 - Arendt, Hannah. Harvest Book. p. 52.

35 - Arendt, H. (1972) On Violence in Crises in the Republic, Florida, Harcourt, Brace and Company, pp 134-155.

36- Uniform Crime Reporting Handbook» (PDF). Federal Bureau of Investigation. 2004.

37 - Vittorio Bufacchi, Two Concepts of Violence, Political Studies Review, April 2005, Volume 3, Issue 2, Page 193-204.

۳۸- درویشپورم. «چرا مردان به اعمال خشونت علیه زنان ترغیب میشوند؟»، مجله زنان ۱۳۷۸؛ سال هشتم، شماره ۵۶-۵۰: ۵۶.

۳۹- رسولزاده اقدم، ص. عوامل مؤثر بر خشونت علیه کودکان در خانواده‌های تهرانی، پایاننامه کارشناسی ارشد پژوهشگری، دانشگاه تهران ۱۳۸۱.

40- World Health Organization. What is workplace violence. Retrieved November 18, 2008 from <http://www.who.int/violence-injury-prevention/injury/work9/en/index2.html>

۴۱ - کاوه سعید. از عصبیت تا سلامت رفتار. تهران، سخن، ۱۳۸۷: ۵-۶.

42- Erkol H, Gokdogan M , Erkol z, and Boz B . Aggression and violence towards health care providers-Problem in Turkey? J Forensic Leg Med 2007; 14: 423-428.

43- Kwak R, Law Y, Li K, Ng Y, Cheung M, Fung V, and et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. Hong Kong Med J 2006; 12: 6-9.

44- Lee S, Gerberich S, Waller L, Anderson A, and McGovern P. Work_related assault injuries among nurses. Epidemiology 1999; 10: 685-691.

45- Pejic AR. Verbal abuse: a problem for pediatric nurses, J Pediatr Nurs 2005; 31: 271 - 279.

46- Anderson A. Workplace violence: Are some nurses more vulnerable. Issues Ment Health Nurs 2002; 23: 351- 366.

47- Adib S, Al-Shatti AK, Kamal S, El-Gerges N, and Al-Raqem M. Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. Inter J Nurs Stud 2002; 39: 269-478.

۴۸ - شوقی م، میرزایی غ، سالمی ص، سنجرى م، حیدری ش، شیرازی ف. بررسی تعدی کلامی به پرستاران شاغل در بیمارستانهای سراسر کشور. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان. جلد ۹ شماره ۴ (پیاپی ۲۸) تابستان ۸۷: ۲۷۸-۲۷۳.

۴۹ - عقیلی نژاد م، نجومی م، سیدمهدی م. بررسی فراوانی خشونت علیه پرستاران و عوامل مرتبط با آن. مجله علوم پزشکی رازی دوره ۱۸، شماره ۸۶، مرداد ۱۳۹۰.

50- Cheraghi MA, Noghan N, Moghimbeygi A, Bikmoradi A. [Analysis of intensive care nurses' workplace violence]. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2012; 5(2):87-94(Persian).

51 -Nastaran Heydarikhat, Neda Mohammadinia , Hassan Sharifipour, Afshin Almasy. Assessing frequency and causes of verbal abuse against the clinical staff. Quarterly Journal of Nursing Management First Year, Summer 2012, Vol 1, No 2.

52- HosseinAbadi R, Biranvand SH, Anbari KH, Heidari H. [Workplace violence against nurses working in Khorramabad educational hospitals and their confronting behaviors in violent events]. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2013; 11(5):351-362(Persian).

۵۳ - بابایی ن، رحمانی آ، محجل اقدم ع، زمان زاده و، داداش زاده ع، آوازه م. درک همراهان بیماران از ماهیت خشونت محل کار علیه پرستاران در مراکز آموزشی-درمانی تبریز. مجله علمی پزشکی قانونی / دوره 20، شماره 3، پاییز ۱۳۹۳: ۱۱۱-۱۱۷.

54- Jessica Gacki-Smith, Altair M. Juarez, Lara Boyett, Cathy Homeyer, Linda Robinson, Susan L. MacLean. Violence Against Nurses Working in US Emergency Departments. The Journal of Nursing Administration. Volume 39, Number 7/8, pp 340-349.

55 -Chapman R, Styles I, Perry L, Combs S. Examining the characteristics of workplace violence in one non-tertiary hospital. Journal of Clinical Nursing. 2010; 19(3-4):479-488.

56- Hegney D, Tuckett A, Parker D, Eley R. Workplace violence: Differences in perceptions of nursing work between those exposed and those not exposed: A cross-sector analysis. International Journal of Nursing Practice. 2010; 16(2):188-202.

57- Abbas MA1, Fiala LA, Abdel Rahman AG, Fahim AE. Epidemiology of workplace violence against nursing staff in Ismailia Governorate, Egypt. J Egypt Public Health Assoc. 2010;85(1-2):29-43.

58- N. Samir,1 R. Mohamed,1 E. Moustafa 1 and H. Abou Saif. Nurses' attitudes and reactions to workplace violence in obstetrics and gynaecology departments in Cairo hospitals. Eastern Mediterranean Health Journal. EMHJ 2012• Vol. 18 No. 3 •:198-204

۵۹- رفعتی رحیم زاده م، ذبیحی ع، حسینی س ج. بررسی مواجهه پرستاران با خشونت های کلامی و فیزیکی در بیمارستان. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات) ۱۳۹۰ دوره (۱۷)، شماره ۲: ۵-۱۱

60- Palaz S. Turkish nursing students' perceptions and experiences of bullying behavior in nursing education. Journal of Nursing Education and Practice, January 2013, Vol. 3, No. 1;p:23-30.

-
- 61- Yusefi P, Salehi B, Sangian T. [Workplace violence against physicians and medical students and the predisposing factors in Arak, Iran]. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2008;13:155-64 (Persian).
- 62- Rahmani A, Bakhshian A, Dadashzadeh A, Namdar H, Akbari MA. [Workplace violence from point of view of emergency medicine staff in East Azarbayjan, Iran]. Journal of Research Nursing. 2008;3:10-11 (Persian).
- 63- Yusefi P, Salehi B, Sangian T. [Workplace violence against physicians and medical students and the predisposing factors in Arak, Iran]. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2008;13:155-64 (Persian).
- 64- Aghajanloo A, Haririan HR, Ghafourifard M. Workplace violence against nursing students in clinical fields. Journal of Research Nursing. 2010;17:47-54 (Persian).
- 65- Zamanzadeh V, Solimannezhad N, Abdollahzadeh F. Nature of violence toward nurses working in East Azerbaijan State hospitals. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences. 2007;29(2):4-13.
- 66- MoshtagEshgh Z, Saeedi M, Saeedi ZA, Majd HA, Abedi ZN. Violence toward nurses at emergency rooms (ERs) of hospitals of Medical Universities in Tehran. Journal of Shahid Beheshti Faculty of Nursing and Midwifery. 2012;22(77):32-8.
- 67- Balamurugan G, Jose T, Nandakumar P. Patients' violence towards nurses: A questionnaire survey. International journal of nursing. 2012; 1 (1): 1-7. Cited November 2012. Available from: <http://ijnonline.com>
- 68- Longo J. Combating Disruptive Behaviors: Strategies to Promote a Healthy Work Environment. Online journal of issues in nursing. 2012; 15 (1). Cited November 2012. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle>
- 69- Wood D. Violence Against Nurses: How Can Hospitals Lower the Risk?. Cited November 2012. Available from: http://www.nursezone.com/Nursing-NewsEvents/more-news/Violence-Against-NursesHow-Can-Hospitals-Lower-theRisk_36452.aspx
- 70- Rafati Rahimzadeh M . Zabihi A . Hosseini SJ . Verbal and Physical Violence on Nurses in hospitals of Babol University of Medical Sciences. Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (HAYAT). Vol 17, No 2, 2011. P:5-11.

Survey of Violence Against Nursing in The Qazvin Training Hospitals at 2014

Abstract

Background:

Physical and verbal workplace violence against nurses has been regarded as a serious problem that can jeopardize *quality in nursing care* and *nurses' work lives*. To date, the extent of violence against nurses and the factors contributing in it have not been precisely recognized. Hence, the present research has aimed to examine variety types of violence against nursing personnel in teaching hospitals in city of Qazvin during 2014.

Materials & Methods:

Workplace Violence Survey was used as a research tool to examine experiences of a random sample including 300 nurses serving in teaching hospitals in Qazvin from verbal, physical, sexual and racial violence experienced during 2014.

Findings:

A variety of violence types including verbal (91%), racial (32%), physical (30%) and sexual (6%) violence have been reported among 300 nursing personnel (91%) during the past year. Nurses have reported the most important reaction to violence against them as not engaging in any task (62%) and inviting the striker to relax (18%).

Conclusion:

The results confirm high prevalence of violence at workplace against nurses. It seems that a combination of training nurses in dealing with violence, training patients in describing the nurses' duties, and following the violence against nurses can reduce violence.

Keywords: violence, nursing, hospital